

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

POUR LE

N.
317

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges, Joseph BERNARD

Né le 5 avril 1899 à Paimbœuf (Loire-Inférieure)

LE

SARCOME PRIMITIF DU POUMON

ET SA

GÉNÉRALISATION CARDIAQUE

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

812

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges, Joseph BERNARD

Né le 5 avril 1899 à Paimbœuf (Loire-Inférieure)

LE

SARCOME PRIMITIF DU POUMON

ET SA

GÉNÉRALISATION CARDIAQUE

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

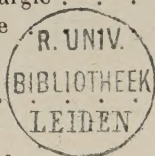
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIERE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	} Pathologie médicale.
CLERC . . .	
DEBRÉ . . .	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	} Pathologie médicale.
FOIX . . .	
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.

MM

LABBÉ(Henri). . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE . . .	Oto rhino-laryngologie
LEMIERRE . . .	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . .	} Pathologie chirurgicale
MONDOR . . .	
MOURE . . .	} Histologie.
MULON	
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHT Fils . . .	Physiologie.
ROUVIERE . . .	Anatomie.
N...	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER . . .	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.

RETTERER . . .	Histologie.
N...	Anatomie pathologique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	N...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	N...	Cliniq.ophtalmologique
LÉPER. . . .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR V. MONNIER

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux de Nantes

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse et nous guider
de ses conseils.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE NANTES

INTRODUCTION

Le sarcome primitif du poumon est une tumeur très rare, dont on compte les observations.

Le but de cette thèse n'est d'ailleurs pas de décrire de nouveaux symptômes capables de mieux faire connaître cette redoutable maladie : il s'agit plus simplement d'ajouter un nouveau cas, que nous devons à la bienveillance de nos Maîtres, Messieurs A. et U. Monnier et Picard, aux rarissimes observations jusqu'ici publiées ; et surtout, nous avons voulu signaler une évolution très rare et fort mal connue de cette tumeur : son extension cardiaque. Ce mode de terminaison accroît singulièrement les difficultés du diagnostic, et serait de nature à faire considérer comme des cardiaques des cancéreux du poumon.

Notre observation va nous fournir l'occasion de passer en revue les gros symptômes du sarcome primitif du poumon. Nous chercherons à montrer ensuite combien notre cas diffère des cas classiques par son évolution terminale.

HISTORIQUE

Il nous semble qu'avant 1856, aucune observation vraiment précise de sarcome primitif du poumon n'a été publiée. C'est à cette époque, en effet, que Poisson et Robin ont donné, dans la *Gazette Médicale de Paris*, une description clinique, et surtout un examen histologique approfondi de cette tumeur. Les néoplasies décrites antérieurement sous le nom de sarcome primitif n'avaient pas été l'objet d'examens microscopiques : il est donc impossible de les retenir.

Demange en 1875, Colomiati en 1879, Klebs, Kronig, Rutimayer, publièrent successivement des observations. Peu à peu, on parvint à isoler le sarcome primitif du poumon du cancer de la plèvre, des sarcomes du médiastin développés au niveau des ganglions bronchiques et propagés secondairement au poumon.

La thèse de Fuchs (1887) réunit 12 cas. Il ne décrit d'ailleurs aucune évolution clinique précise.

Spillmann et Haushalter (1891) puis Rondeau (1903), Pater et Rivet (1905), essayent successivement d'indiquer une symptomatologie.

Bocage (*Thèse de Paris*, 1905) rapporte 21 cas de cette

néoplasie. Cet auteur donne une étude fort complète, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anato-mo-pathologique.

Lubin en 1909 et l'article magistral de Ménétrier apportent une nouvelle contribution à cette étude.

Les plus récents travaux d'ensemble publiés sur la question sont : le livre d'Adler (1912), le travail de Boschowski (1912), la thèse de Chanard (Montpellier, 1913), celle d'Alliot (Paris 1921).

ÉTIOLOGIE

Le très petit nombre d'observations contrôlées par une méthode vraiment scientifique ne permet guère d'établir une statistique précise au point de vue de la fréquence de la tumeur. Les quelques chiffres indiqués ci-dessous n'ont donc qu'une valeur très discutable.

Sur 8716 autopsies, (1854-1885) Renhard donne 545 sarcomes et 5 fois seulement celui du poumon.

Ménétrier (1901) donne 0,009 de sarcomes primitifs sur 100 autopsies.

Un fait seul semble bien acquis, c'est l'extrême rareté de cette tumeur.

Le sexe semble avoir une certaine influence : le sarcome primitif serait trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

L'âge où il se rencontre plus volontiers peut avoir quelque importance : le sarcome primitif est plus fréquent avant 40 ans. Bocage relate 9 cas avant, 5 après. Ménétrier 15 avant, 6 après. Il semble que l'âge d'élection soit entre 20 et 35 ans.

Au point de vue de la localisation, le sarcome primitif siège de préférence dans le poumon gauche, au niveau

du lobe inférieur, alors que les cancers, les lympho-sarcomes ou sont bilatéraux, ou siègent plutôt à droite, dans le lobe supérieur.

Il n'est guère utile d'insister sur des notions étiologiques qui n'ont pas plus de précision pour le sarcome primitif du poumon que pour les autres sarcomes viscéraux.

Il est classique de signaler la fréquence des tumeurs décrites par Haerting et Hess sous le nom de lympho-sarcomes, chez les ouvriers des mines de cobalt arsenical de Schneeberg : il s'agirait, semble-t-il, d'un lympho-sarcome primitif des ganglions du médiastin.

Bernouilli, en 1907, signale la fréquente union de la tuberculose et du sarcome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'une façon générale, nous l'avons vu, le sarcome primitif du poumon se développe dans le lobe inférieur du poumon gauche. Il est massif ou nodulaire.

La forme massive la plus fréquente se présente sous l'aspect d'une tumeur unique, de taille variable, souvent très volumineuse (tête d'enfant nouveau né, Rutimeyer). Elle est encapsulée par une coque fibreuse plus ou moins épaisse, son poids peut atteindre ou même dépasser 3000 grammes.

Elle déplace alors les organes du médiastin, comme cela se produit dans les grands épanchements pleuraux ; et même, quoique bien plus rarement, elle peut venir faire saillie au creux sous claviculaire ou à l'aisselle.

A la coupe, le tissu est blanc ou rosé, mou, cérébriforme le plus souvent. Parfois il existe des zones de consistance variable. Plus rarement, le tissu tout entier est dur et ligneux. On remarque assez fréquemment des géodes, des cavités kystiques remplies de sang ou d'un liquide puriforme ou purulent.

Au râclage on obtient un suc laiteux.

La forme nodulaire, plus rare, est caractérisée par la

présence de noyaux de forme variable, de consistance plus ferme que les tumeurs volumineuses. Les uns sont sous pleuraux, les autres intra-parenchymateux. Quelques-uns semblent être des tumeurs primitives, les autres répondant à des greffes secondaires.

On a décrit aussi une forme infiltrée qui serait très exceptionnelle et où le parenchyme pulmonaire serait envahi de façon diffuse (Bocage).

Les métastases sont beaucoup plus rares que dans l'épithélioma. Les plus fréquentes sont celles qui atteignent les ganglions bronchiques. Les ganglions sous-claviculaires et sous-axillaires sont plus rarement pris.

Les autres dégénérescences de voisinage se font dans la plèvre, l'autre poumon, la colonne vertébrale, le cœur même, comme nous le verrons dans notre observation. La paroi thoracique, le foie et la rate peuvent être envahis. L'œsophage est généralement sauf.

La plèvre est fréquemment intéressée soit qu'elle devienne le siège d'une propagation (sarcome pleuro-pulmonaire) soit que sa cavité se symphyse ou devienne le siège d'un épanchement hémorragique ou suppuré.

Le poumon présente des lésions banales : congestion, atélectasie, broncho-pneumonie.

Les types histologiques sont représentés par le sarcome fuso-cellulaire, le sarcome à petites et à grandes cellules, le chondro-sarcome.

Le sarcome fuso-cellulaire est de beaucoup la forme la plus souvent observée. La tumeur est formée par des cellules fusiformes à noyau allongé, à protoplasma effilé groupées en faisceaux, que les coupes montrent tantôt coupé

en long, tantôt en travers. La masse néoplasique est de consistance ferme, et tend généralement à acquérir un volume considérable.

Les sarcomes à petites ou à grandes cellules sont plus rares. « Ils sont formés d'une accumulation de petites cellules à noyaux polymorphes, présentant des figures de division, ou encore de grandes cellules volumineuses, polyédriques. Par places, on trouve des cellules à noyaux bourgeonnants, des plaques cellulaires à noyaux multiples, quelquefois dans le protoplasma, des vacuoles dans lesquels sont inclus des débris cellulaires, ou des leucocytes entiers » (Ribadeau-Dumas).

Les chondromes sont très rares. Ils constituent généralement des tumeurs limitées.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du sarcome primitif du poumon n'a, dans la grande majorité des cas, aucun symptôme qui lui appartienne en propre. Tantôt la tumeur se développe insidieusement, sans présenter pendant longtemps de signes manifestes, et elle n'est plus alors qu'une trouvaille d'autopsie. Tantôt il existe des signes pulmonaires plus ou moins précoces, mais ils n'ont rien de caractéristique : ce sont ceux d'une congestion pulmonaire, d'une pleurésie séro-fibrineuse, hémorragique ou purulente, d'une tuberculose aiguë ou chronique, d'une tumeur médiastinale.

Cependant, peut-être est-il possible de dégager de quelques cas plus typiques une allure clinique suffisamment tranchée pour permettre, sinon un diagnostic ferme, tout au moins une présomption.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il nous paraît difficile de décrire séparément une période de début, d'état, une terminaison. Il nous semble préférable d'isoler les divers symptômes qui peuvent éveiller l'attention sur cette affection, et de les analyser un à un.

Du début de l'affection, nous n'avons en effet rien à

dire, sinon qu'il est toujours insidieux, et que, dans quelques cas, il peut être marqué par « une toux banale, des douleurs thoraciques diffuses, un essoufflement sans cause apparente, ou un épanchement lentement constitué » (Ribadeau-Dumas).

Signes fonctionnels

La dyspnée constitue souvent un symptôme précoce. D'abord passagère, ne se manifestant qu'à la suite des efforts, simulant ainsi la dyspnée cardiaque, elle devient graduellement plus intense, puis permanente. Des crises paroxystiques nocturnes, asthmatiformes, ont été notées. Les malades présentent parfois du cornage, du tirage sus et sous-sternal.

Cette dyspnée cadre mal avec des signes physiques peu en rapport avec son intensité. S'il y a épanchement pleural concomitant, la thoracentèse n'apporte qu'un soulagement léger ou nul.

La douleur est un phénomène presque constant, également précoce. Tantôt il s'agit d'une sensation diffuse, d'une sensation de poids, de barre, dans la région thoracique. Tantôt c'est une douleur térébrante, pongitive, pouvant simuler la névralgie intercostale et ses points d'élection douloureuse, ou bien le point de côté sous-mamelonnaire de la pneumonie.

La persistance de la douleur, et surtout son accroissement, au cours d'une affection pulmonaire de longue durée doivent faire penser à une tumeur maligne.

Tout à fait à la fin de la maladie, on peut observer

des douleurs de caractère fort variable, dues à des compressions nerveuses (plexus brachial, moelle).

La toux ne présente aucun caractère particulier : elle est sèche, quinteuse, pouvant devenir coqueluchoïde.

L'expectoration doit faire l'objet d'un examen attentif. Nulle au début, elle est généralement peu abondante, même à la période d'état. Elle peut être banale : muqueuse, muco-purulente, purulente, et, elle n'est, en ce cas, d'aucune signification utile. Mais elle peut être sanglante.

L'hémoptysie est très variable. Très souvent, les choses se passent ainsi : Le malade jusqu'alors en bonne santé, rejette brusquement, sans quinte de toux, sans dyspnée et sans fièvre, une faible quantité de sang : un demi-verre, par exemple. Parfois aussi, les hémoptysies du sarcome ne se différencient en rien des hémoptysies tuberculeuses.

Hugues, puis Stokes, ont successivement insisté sur l'expectoration « gelée de groseilles » qu'ils considèrent comme caractéristique du cancer du poumon. Les crachats typiques auraient une consistance gélatineuse (à différencier de la viscosité du crachat pneumonique). Ils seraient d'une teinte homogène, noirs, rouges ou roses, jamais rouillés ni briquetés. Il semble que cette expectoration ne soit pas rigoureusement spéciale au cancer, comme le fait observer Ribadeau-Dumas : elle peut se rencontrer dans d'autres affections où les crachats sont faits de mucus et de sang : on l'a rencontrée dans l'apoplexie pulmonaire, la dilatation des bronches, la tuberculose.

Boufflers signale un malade chez lequel une portion de la tumeur s'était gangrénée : il présentait une expectoration d'odeur infecte, semblable en tous points à celle de la gangrène pulmonaire.

Il faut accorder une grande importance à l'examen microscopique de l'expectoration. La présence du tissu néoplasique est évidemment pathognomonique.

Claisse, Cornil, Ménétrier, Spillmann, Troisier, ont pu affirmer ainsi un diagnostic précis.

En effet, les crachats contiennent parfois des parcelles blanchâtres « semblables à de petits morceaux de vermicelle » (Ménétrier) qui ne sont autre chose que des débris de la tumeur.

Malheureusement, la présence des cellules cancéreuses est rarement constatée, et l'examen reste négatif dans la grande majorité des cas.

Signes physiques

Au début il n'y a pas plus de signes physiques que de signes fonctionnels. Peut-être pourrait-on trouver à ce moment une matité ou submatité peu étendue, avec diminution du murmure vésiculaire. Mais les signes physiques sont presque toujours d'apparition tardive, et, au moment où ils deviennent susceptibles, la tumeur s'est largement développée.

L'inspection ne peut donner de renseignements qu'à une période avancée de la maladie, ou dans le cas de tumeur très volumineuse, éventualité d'ailleurs fréquente.

La dilatation du thorax peut être considérable. Elle est parfois limitée et en ce cas il y a déformation partielle de la paroi, qui est due à la saillie extérieure de la tumeur. La paroi est alors fréquemment envahie. Quelquefois le thorax est uniformément dilaté, et avec l'œdème concomitant, l'aspect est celui d'une pleurésie purulente.

L'ampliation respiratoire du côté atteint est très diminuée. On peut s'en rendre compte d'une façon précise par quelques mensurations. On a constaté dans plusieurs cas de la déviation de la pointe du sternum.

La pointe du cœur, déviée, peut battre dans l'hémi-thorax droit, en dehors même du mamelon droit (cas de Reynaud).

Les troubles dus à la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins sont fréquents et importants : La paroi thoracique est souvent le siège d'un œdème étendu, avec dilatation des veines superficielles. (On conçoit combien facilement peut être porté en ce cas, le diagnostic de pleurésie purulente). Si la tumeur vient à comprimer les organes du médiastin, un syndrome médiastinal, généralement fruste, et portant surtout sur les organes veineux, peut apparaître : congestion de la face, dilatation des veines du cou, poulx veineux jugulaire.

Dans un cas, Blumenthal a vu la tumeur traverser la paroi thoracique après l'avoir envahie, et faire saillie sous la peau de l'aisselle, où elle donnait une sensation de fluctuation analogue à celle d'un abcès.

La palpation permettra de rechercher la présence de ganglions.

L'adénopathie est beaucoup plus inconstante que dans le cancer épithélial, dont elle constitue un symptôme majeur. On a cependant constaté dans plusieurs cas des ganglions axillaires, cervicaux profonds et surtout sus-claviculaires. Ils ont alors les mêmes caractères que ceux du cancer : petits, indolents, d'une dureté ligneuse.

Béhier attribue à leur siège voisin de la clavicule une très grande valeur diagnostique. Il semble que cette manière de voir soit exagérée : la tuberculose, bien que donnant de préférence des adénopathies cervicales, peut parfaitement atteindre le groupe sus-claviculaire. De plus Troisier a décrit une adénopathie symptomatique du cancer de l'estomac ou du pylore, siégeant surtout à gauche, puisque l'infection s'est propagée par le canal thoracique, et résidant également au creux sus-claviculaire.

Il n'en reste pas moins certain qu'une adénopathie petite, indolente, très dure de cette région, apparaît comme un bon signe du cancer du poumon, mais fort inconstant dans le sarcome.

Quant aux vibrations thoraciques, s'il n'y a pas d'épanchement, elles sont exagérées dans toute la hauteur correspondant à la zone de matité. Mais comme la présence d'un épanchement au moins léger est fréquente, on observe souvent une zone d'abolition des vibrations dans la région inférieure du poumon.

S'il s'agissait d'une forme nodulaire du sarcome, les vibrations pourraient rester normales.

La matité est un des signes physiques les plus constants et les plus importants. Elle se manifeste dès le dé-

but et va en s'accroissant au cours de l'évolution. Elle peut se présenter sous des modalités diverses.

Dans les cas les plus typiques, quand il s'agit d'une tumeur volumineuse, c'est une matité de bois, avec résistance au doigt et perte complète de l'élasticité thoracique. Elle coïncide souvent alors avec une forte dilatation du thorax et une immobilité des côtes plus ou moins complète. Il existe du skodisme dans la région sous claviculaire, bien que, dans certains cas, le poumon soit mat du haut en bas, ce qui n'arrive pas dans les plus grands épanchements pleuraux. Lorsque la matité n'est pas complète, elle n'est pas limitée par la courbe parabolique à convexité supérieure décrite par Damoiseau.

En cas de tumeurs multiples et suffisamment volumineuses, on a signalé une matité en damier.

Dans un cas de Demange, la tumeur volumineuse, mais centrale, était entourée d'une lame de parenchyme pulmonaire assez épaisse : la sonorité était normale.

En présence d'une matité aussi importante, la ponction exploratrice s'impose : elle a été pratiquée dans presque toutes les observations publiées. Qu'arrive-t-il alors ? Ou bien, malgré des tentatives répétées, la ponction reste blanche, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, elle permet de retirer une certaine quantité de liquide.

Le sarcome pulmonaire se complique souvent en effet d'une réaction pleurale, aboutissant à un épanchement de quantité et de nature variables. Bien que Maurice

Bloch fasse observer qu'il est moins fréquent que dans l'épithéliome, où il est à peu près constant, on l'a noté dans près de la moitié des observations de sarcome. La quantité de liquide est en général peu abondante (bien qu'elle ait pu atteindre quatre litres dans le cas de Schech). Parfois séreux au début, l'exsudat devient vite hémorragique.

On conçoit facilement combien ces épanchements, surtout lorsqu'ils atteignent un certain volume, peuvent égarer le diagnostic. Un signe pourrait avoir une certaine valeur : c'est le peu de soulagement apporté à la dyspnée par l'évacuation du liquide.

Au cas où l'on soupçonnerait une tumeur pulmonaire, il faut toujours examiner avec le plus grand soin le contenu de l'aiguille ou du trocart qui a servi à la ponction. Ribadeau-Dumas, en examinant une gouttelette de sang recueillie au cours d'une ponction blanche a reconnu des cellules fusiformes typiques. On a même proposé de pratiquer de véritables biopsies par harponnage : Marfan fait observer combien cette méthode pourrait être dangereuse ; il faut se souvenir à ce propos du malade d'Uverricht, auquel on fit sept ponctions pour une pleurésie de nature indéterminée, et qui fit, à chaque point de ponction, une greffe sarcomateuse qui produisit des nodules sarcomateux sous-cutanés.

Rien n'est plus variable que les signes d'auscultation : habituellement tout se résume, au niveau de la matité, à une diminution, puis à une disparition du murmure vésiculaire. On peut entendre un souffle bronchique dû

à la compression d'une bronche par la tumeur ou par un ganglion. Parfois, en cas d'épanchement, un souffle pleurétique. Des râles divers, très variés et échappant à toute description, peuvent être perçus. Enfin, en évoluant vers la nécrose, la tumeur peut se creuser et il se forme alors une caverne cancéreuse avec les caractères habituels des cavités pulmonaires.

Symptômes généraux

Ils sont souvent nuls. L'organisme peut tolérer la tumeur jusqu'au jour où une hémoptysie, une extension du néoplasme, aggrave brusquement l'état du malade.

Parfois, dès les premiers mois, on observe de l'amaigrissement (souvent tardif cependant, d'après Laënnec) de l'anorexie, et le malade s'achemine vers la cachexie. C'est la phtisie cancéreuse. Les sueurs nocturnes, la fièvre à grandes oscillations vespérales qu'on observe parfois, semblent plutôt sous la dépendance de lésions associées.

Quand la mort n'est pas due aux progrès de la cachexie ou à une affection intercurrente, elle survient par suite d'une crise d'asphyxie avec syncope et collapsus. Les malades peuvent mourir aussi par thrombose veineuse brusquement constituée ou encore par propagation du néoplasme à la colonne vertébrale et à la moelle, d'où paraplégie. Nous décrirons au chapitre prochain une forme spéciale par son extension cardiaque.

LA FORME ASYSTOLIQUE DU SARCOME PRIMITIF DU POUMON

La forme asystolique du sarcome primitif du poumon est très exceptionnelle, mais intéressante à cause de la grave erreur de diagnostic qu'elle peut déterminer.

En dehors de l'observation que nous allons rapporter, nous n'avons pu retrouver que deux autres cas présentant une semblable évolution : l'observation de Broc (Société anatomique, janvier 1905) et celle, toute récente de MM. G. Caussade, J. Surmont et J. Lacapère (Société médicale des hôpitaux, 31 juillet 1925).

Voici d'ailleurs ces deux observations :

Un cas de sarcome primitif du poumon, par Broc (1905) :

Marguerite M., 67 ans, entre le 8 juin, salle Ste-Monique, se plaignant d'un point de côté à gauche et d'une gêne respiratoire considérable.

La dyspnée paraît être survenue progressivement, la malade ne pouvant en préciser la date d'apparition. Elle s'est considérablement accrue depuis trois mois environ, en même temps qu'apparaissait une toux sèche et quinteuse.

A l'examen de la poitrine, on trouve à gauche une matité

absolue dans toute la hauteur du poumon. Cette matité, accompagnée de la sensation de perte d'élasticité de la paroi, se retrouve en arrière, un peu moins forte toutefois dans les régions supérieures qu'à la base. Le murmure respiratoire est aboli dans tout le poumon gauche, sauf au niveau des fosses sus et sous-épineuses, où il persiste très affaibli. Le cœur ne paraît pas dévié. On trouve du côté droit du thorax des signes d'induration et de ramollissement disséminés qui font porter le diagnostic de tuberculose avec pleurésie gauche probable, quoique la matité du côté gauche s'expliquât mal par un épanchement.

En raison de l'état dyspnéique de la malade et des troubles cardiaques concomitants, pouls faible, filiforme, irrégulier, deux ponctions exploratrices furent faites le lendemain, au niveau des 7^e et 9^e espaces intercostaux, dans la région dorsale; l'aiguille pénètre difficilement et ramène une ou deux gouttelettes de sang mélangées à des bulles d'air.

La malade succombe le soir même.

Autopsie: La décortication du poumon se fait difficilement par suite de symphyse pleurale bilatérale.

Le poumon gauche, sectionné, on s'aperçoit que dans tout le lobe inférieur, le parenchyme pulmonaire est remplacé par un tissu blanc rosé.

Dans le lobe supérieur, on note une infiltration assez discrète, sous forme de taches blanchâtres, arrondies, tranchant sur la coloration prise par le reste du poumon.

Au centre des taches néoplasiques, on aperçoit la coupe d'un vaisseau qui reste béant.

Le poumon droit, très scléreux, présente au sommet des cavernes du volume d'un œuf de pigeon, d'une noisette.

Aucune trace de tubercules.

Le lobe gauche et le cœur étaient unis par des adhérences intimes; le péricarde était envahi par le processus néoplasique ainsi que l'oreillette gauche.

Ganglions du médiastin envahis par le tissu néoplasique

comprimant la bronche gauche. Œsophage comprimé par les ganglions, mais sains. Petits noyaux secondaires dans chaque rein, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette.

Examen microscopique. — Sarcome à petites cellules rondes, formées par un gros noyau prenant fortement les matières colorantes et une mince bande de protoplasma au niveau de la tumeur. Ces cellules remplissaient les alvéoles dont les parois devenaient visibles par le pinceautage.

Dans le lobe supérieur, les cellules néoplasiques étaient contenues dans de vastes cavités qui étaient sans doute des lymphatiques dilatés.

Le reste du parenchyme présentait des lésions banales de broncho-pneumonie.

Au niveau du rein, la propagation néoplasique s'était faite dans le tissu conjonctif entourant les tubes contournés et les glomérules dont les vaisseaux étaient simplement congestionnés.

Sur les coupes traitées par le pinceautage on ne trouve pas de réticulum.

Sur un cas de cancer du poumon gauche ayant envahi et perfore la paroi cardiaque, par MM. G. Causade, J. Surmont et J. Lacapère.

Mme Julie F..., âgée de 69 ans, a séjourné dans notre service de l'Hôtel-Dieu pendant quinze jours seulement. La mort est survenue très rapidement ; mais il y a eu, avant cette dernière période, une tolérance vraiment remarquable et de longue durée dont le début a été difficile à préciser. Tout d'abord, notre malade a été sujette à des accès de dyspnée plus ou moins intenses et à des bronchites légères, mais à répétition ; l'expectoration, minime au début, augmenta dans de valables proportions ; la dyspnée s'accrut. Dans les derniers jours seulement l'hospitalisation s'imposa en raison de l'asystolie qui aussitôt revêtit une forme grave.

Quand Mme Julie F... est entrée dans notre service, elle était en proie à de l'orthopnée avec des paroxysmes nocturnes la privant de tout sommeil. Le thorax gauche était douloureux : douleurs erratiques, imprécises dans leur siège et dans leurs caractères. La toux était quinteuse, violente, fréquente et suivie d'une expectoration variant entre 150 c. c. et 200 c. c. dans les 24 heures. Cette expectoration ressemblait à de la gelée dont elle avait la consistance et l'homogénéité ; elle se transvasait d'un seul bloc ; mais, dans un verre à pied, elle était surmontée d'un large ménisque constitué par une mousse très aérée et très spumeuse.

De couleur grisâtre dans ses deux tiers inférieurs, elle était, dans ses couches profondes, ponctuée de petits îlots brunâtres et traversée par quelques stries sanglantes. Cette expectoration dégageait, par instants, soit une odeur de plâtre frais, soit une odeur simplement désagréable, soit légèrement nauséabonde. Aussi il fut possible d'envisager le diagnostic de gangrène pulmonaire que l'analyse des crachats et la radiologie autorisaient à poser mais avec d'extrêmes réserves.

Ces crachats étaient très riches en une flore microbienne consistant en de nombreux cocci, pneumocoques, en streptocoques et tétragènes en quantité moindre ; mais les bacilles ramosus, funduliformis, le perfringens et le staphylococcus parvulus faisaient défaut. Le fond de la préparation était formée par une matière granuleuse, de mucus hyalin et de nombreuses gouttelettes séro-albumineuses.

L'examen cytologique mettait en évidence des polynucléaires, des cellules bronchiques plus ou moins altérées, des cellules alvéolaires déformées et quelques grosses cellules vacuolaires à noyaux volumineux et facilement colorable ; mais jamais dans l'expectoration il n'a été possible de découvrir, par les procédés ordinaires, de cellules spéciales et caractéristiques d'un cancer du poumon.

La radiographie a montré, à la partie moyenne du thorax

gauche, une caverne de la dimension d'une grosse orange ; ses bords, nettement circulaires se confondaient, en dedans, avec une zone opaque s'étendant jusqu'au hile mais respectant le médiastin, et, en dehors, ils se perdaient dans une ombre moins foncée, presque une pénombre ; la partie supérieure de la caverne était limitée par une bande sombre, frangée et paraissant discontinue.

Cette caverne contenait du liquide remontant jusqu'à son tiers inférieur, à niveau horizontal, quelles que fussent les positions prises par le sujet, fluctuant au moindre mouvement qu'on lui imprimait. Au-dessus et au-dessous s'élevaient deux zones d'opacité et de dimension différentes. L'inférieure était assez foncée, tandis que la supérieure était à peine grise. La première atteignait la base du thorax, tandis que la seconde restait à une grande distance de la clavicule (quatre travers de doigt environ).

En outre, le sommet du poumon droit (côté opposé à la caverne) était obscur et ne s'éclairait pas à la toux.

En présence de ces constatations radiologiques, la *tuberculose* fut recherchée tout d'abord, malgré l'absence de certains caractères de la caverne tuberculeuse (anneau opaque périphérique, voile au moment de la toux). Or, l'analyse des crachats ne put révéler la présence de bacilles de Koch. Restait à interpréter la zone opaque de la base gauche, dans l'hypothèse d'une tuberculose toujours possible, soit seule, soit associée à la gangrène. Dans cette zone, les signes physiques de percussion et d'auscultation (matité, diminution des vibrations thoraciques, égophonie, pectoriloquie aphone, ce dernier signe existant seulement à la partie supérieure) autorisaient le clinicien à ponctionner la plèvre. La ponction pleurale fut pratiquée, mais elle fut blanche. Il s'agissait d'un syndrome pseudo-pleurétique.

Quelle était la signification de l'ombre du sommet droit (côté opposé à la caverne) qui, à la percussion et à l'auscultation, donnait des signes de spéléonque dont la radiographie

ne confirmait pas l'existence ? Ultérieurement, l'autopsie a prouvé qu'il s'agissait d'une infiltration œdémateuse des poumons se traduisant par des signes pseudo-cavitaires pour ce sommet droit (1).

Les difficultés du diagnostic étaient donc considérables et on comprendra qu'il nous fût impossible de déterminer d'une manière exacte des lésions pulmonaires et surtout leur nature durant la vie du sujet.

Le *second syndrome, syndrome asystolique*, se caractérisait ainsi : refroidissement et œdème des extrémités, sans teinte cyanique marquée, oligurie (500 c. c.), albuminurie (4 gr.), pouls petit et fréquent, tension artérielle 11-6 à l'oscillomètre de Pachon, pâleur de la face avec pommettes bleutées. Le foie était de volume normal. Le cœur était hypertrophié, sa pointe était abaissée et déviée en dehors ; on y entendait un souffle systolique. On percevait aussi un souffle diastolique à la base du cœur, dans le deuxième espace intercostal gauche, se propageant le long du bord gauche du sternum. Pas de frémissement cataire, pas de dédoublement du deuxième bruit. Etant donné la dureté des artères radiales et l'athérome artériel généralisé — dont l'autopsie d'ailleurs démontrera la réalité —, il était possible d'admettre une cardiopathie artérielle susceptible d'expliquer le souffle de la pointe ; l'interprétation du souffle de la base était, par contre, plus délicate, mais l'autopsie, comme on le verra plus loin, devait nous éclairer à cet égard. La radiographie du cœur ne donnait aucun renseignement ; l'ombre cardiaque étant confondue en partie avec celle des parois de la caverne pulmonaire et en partie avec celle qui était située en-dessous d'elle.

Il y avait donc deux syndromes étroitement intriqués :

(1) L'un de nous a insisté sur ce sujet avec J.-B. Logre, *Thèse de Paris*, 1913 « Les œdèmes infectieux du poumon ».

G. Caussade et J.-B. Logre. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, avril 1913.

l'un pulmonaire avec prédominance des symptômes cavitaires, l'autre cardiaque traduisant une insuffisance cardiaque avancée.

La clinique était incapable, non seulement de les expliquer, mais aussi de trouver les liens qui les reliaient ; par contre l'autopsie a résolu facilement ces divers problèmes, ainsi qu'on va le voir immédiatement.

PROTOCOLE D'AUTOPSIE

Le *poumon droit* est d'aspect gris rosé ; il est tacheté de placards d'anthraxose ; son sommet est le siège d'une pneumonie ardoisée entourée d'une vaste zone d'œdème qui explique le syndrome pseudo cavitaire observé pendant la vie. La plèvre ne contient pas de liquide. A part deux adhérences (sommet et partie moyenne du thorax) elle est saine. Pas trace de tuberculose. Aucun noyau de cancer.

Le *poumon gauche*, au contraire, est adhérent dans sa totalité. Il n'y a pas le moindre épanchement pleural. Le syndrome pseudo-pleurétique que la clinique avait constaté était dû à une transsudation abondante qui infiltrait toute la base du poumon. Cette base est soudée au diaphragme par de nombreuses adhérences, toutefois faciles à rompre ; mais, au delà, il n'en est plus ainsi. On est obligé de sculpter au doigt un plan de clivage entre la plèvre pariétale et le fascia endothoracique par suite de la symphyse complète des deux feuillets pleuraux. Des adhérences multiples et épaisses solidarisent la plèvre médiastinale et le péricarde à tel point que leur séparation est radicalement impossible.

On est, par suite, obligé d'enlever en bloc le poumon gauche et le cœur, en sectionnant la trachée à 7 ou 8 centimètres au-dessus de sa bifurcation et en coupant la crosse aortique au ras de la colonne dorsale.

Sur la pièce ainsi détachée, on aperçoit aussitôt à la partie moyenne de la face antérieure du poumon gauche une dépression cupuliforme, ovulaire, de 10 centimètres de dia-

mètre environ. C'est bien le siège de la cavité révélée par la radiographie.

En essayant de rompre les adhérences pleuro-péricardiques on déchire le parenchyme pulmonaire et l'on pénètre aussitôt dans la cavité que l'examen précité faisait soupçonner. Il s'en écoule un liquide grisâtre, purulent, mal lié, contenant en suspension des grumeaux blanchâtres et grisâtres ; on dirait un liquide de stase gastrique avec des particules alimentaires mal digérées.

Dans l'ensemble, la masse du poumon gauche reste souple, même dans le voisinage de la caverne. Cette dernière, de la dimension environ d'une orange, est située à une certaine distance de la scissure interlobaire facile à distinguer, bien qu'elle soit symphysée. Les parois de la cavité sont circulaires, effilochées et velvétiques ; elles sont constituées, du côté externe, plus ou moins voisin de la corticalité du poumon, par un tissu mou, parsemé de-ci de-là de quelques noyaux blanchâtres néoplasiques, qui se détachent sur le reste du parenchyme pulmonaire ; du côté du cœur, la paroi est constituée par la face ventriculaire gauche, elle-même, sur laquelle fait saillie une masse néoplasique de la grosseur d'une petite mandarine ; cette masse est résistante au doigt, mais friable ; elle tranche par sa couleur blanchâtre sur la coloration violacée du muscle cardiaque avoisinant.

De ce gros bourgeon partent des prolongements d'aspect frangé, légèrement surélevés, de teinte pâle, qui s'étendent, en bas, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la pointe du cœur et qui, vers les parties supérieures, se poursuivent sans interruption vers l'oreillette gauche ; ces prolongements s'insinuent à travers le sillon auriculo-ventriculaire jusqu'à la partie supérieure de cette oreillette et atteignent même les orifices d'abouchement des veines pulmonaires droites.

La bronche gauche est elle-même très adhérente à l'oreillette gauche ; en essayant de la séparer du péricarde auriculaire on ne réussit qu'à déchirer le parenchyme pulmonaire

et on pénètre ainsi de nouveau dans la caverne pulmonaire. Cette bronche est oblitérée tout près de sa bifurcation par une masse végétante, et une baguette d'osier assez flexible, introduite de l'éperon bronchique vers le poumon, pénètre avec difficulté toutefois dans une substance molle et friable.

La tumeur empiète légèrement sur la région hilare gauche, respectant cependant tous les organes du médiastin, de même que l'artère pulmonaire et les veines pulmonaires gauches ; la bronche gauche, par contre, fait intimement partie de la tumeur qui l'oblitére, ainsi que nous venons de le voir. Les ganglions médiastinaux sont normaux ; seuls les ganglions hilaires gauches sont hypertrophiés, mais paraissent uniquement anthracosiques, sans aucune apparence d'infiltration néoplasique.

Le parenchyme pulmonaire, à la périphérie du néoplasme, et la marge de la caverne sont semés de nombreuses lésions de broncho-pneumonie. Pas de tuberculose appréciable.

Afin de ne pas détruire la zone d'adhérences néoplasiques cardio-pulmonaires, on pratique une coupe atypique des cavités cardiaques. Accédant par la pointe, dans le ventricule gauche, on en sectionne, aux ciseaux, toute la face postérieure et, poursuivant l'incision à travers l'orifice mitral, on atteint le sommet de l'oreillette gauche. Cette incision permet de constater que le ventricule gauche présente une cavité d'apparence normale, à part un léger épaississement et un léger degré de sclérose des valvules de la mitrale. Au contraire, à l'ouverture de l'oreillette, on aperçoit une masse bourgeonnante du volume d'une noix, faisant saillie dans la cavité, entourée de caillots ; cette masse fait manifestement partie de la néoplasie qui a envahi la paroi cardiaque. Ce champignon cancéreux est très visible sur la figure.

Les cavités cardiaques droites (oreillette et ventricule) ne sont pas modifiées dans leur volume et ne sont le siège d'aucune altération.

En résumé, nous nous trouvons donc en présence d'une

tumeur dont l'origine bronchique paraît probable au premier aspect, sur la table d'amphithéâtre. Elle offre deux particularités très intéressantes : d'une part, l'envahissement du muscle cardiaque avec même l'existence d'un bourgeon cancéreux faisant saillie dans la lumière auriculaire ; d'autre part, l'existence d'une caverne d'assez grande dimension et dont une partie seulement des parois est de nature néoplasique.

La suite de l'autopsie est dénuée d'intérêt. La *crosse aortique* n'est pas dilatée, mais elle est pavée de larges plaques d'athérome. A signaler, en avant de la veine cave supérieure, tout près de l'origine du tronc céphalique, un petit ganglion du volume d'une noisette, à coque indurée et dont le contenu épais est formé de quelques cristaux de cholestérine, de gouttelettes de graisse et de cellules allongées pourvues d'un gros noyau. L'*aorte thoracique* a perdu toute souplesse ; l'*aorte abdominale* est transformée en un tube rigide, dont les parois crissent sous le couteau, par suite d'une calcification intense.

Les ganglions cervicaux, axillaires, abdominaux sont de volume et de couleur normaux.

Le *péritoine* est sain ; l'*appendice* en position rétro-cæcale est toutefois bridé par quelques adhérences. *Rate* diffluente. *Pancréas* auto-digéré. Le *foie* est normal. Dans les autres organes il n'y a pas de particularités à signaler.

Le contenu de la caverne pulmonaire était fétide ; examiné au microscope, on y reconnaissait du mucus, de la graisse, des polynucléaires et des cellules dégénérées très déformées, prenant mal les colorants ; ces cellules étaient allongées, plutôt de forme cylindrique ; nulle part, on ne put y trouver d'éléments rappelant des globes cornés. La flore microbienne était très abondante, analogue à celle trouvée dans l'expectoration. Il est donc vraisemblable que cette cavité hydro-aérique communiquait avec l'air extérieur, malgré l'oblitération apparente de la bronche gauche, d'où la fétidité intermittente

de l'haleine et de quelques crachats perçus pendant la vie. Il est certain d'ailleurs que ce liquide ne s'évacuait que partiellement malgré des quintes de toux violentes et prolongées.

Remarquons, pour terminer, que le bourgeon néoplasique proéminent dans l'oreillette gauche devait, sans doute, être responsable du souffle diastolique constaté à la base du cœur et que toutes les cavités du cœur, gauche et droite, sauf le ventricule gauche, avaient conservé leur volume normal.

Voici maintenant l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur U. Monnier.

Un cas de sarcome primitif du poumon, par MM. A. et U. Monnier et Picard.

Le 10 juillet 1923 entrant salle 9 de l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le service de l'un de nous, un malade du nom de P..., âgé de 43 ans.

Il avait sollicité son admission à l'Hôtel-Dieu parce que, depuis plusieurs semaines, il se sentait oppressé. Cette dyspnée ne faisant que s'accroître et l'empêchant de travailler, il se décida à entrer à l'hôpital.

L'examen révélait, à l'entrée du malade, des signes de pleurésie gauche à épanchement moyen. Cette pleuropathie n'avait été précédée ni de point de côté, ni de frissons. Pas de toux non plus, ni d'expectoration. Le seul symptôme qui attirait l'attention était la dyspnée. Cette dyspnée augmenta d'ailleurs les jours suivants et ne fut nullement influencée par le traitement classique.

Une ponction exploratrice faite vers la fin de juillet donna issue à un liquide nettement hémorragique où fut mise en évidence la réaction hémolytique de Bard.

L'examen cytologique ne permit aucune conclusion précise relativement à la nature tuberculeuse ou cancéreuse de l'épanchement.

D'autre part, il n'existait aucune manifestation tuberculeuse nette au niveau du parenchyme pulmonaire. On ne pouvait non plus déceler de ganglions rappelant par leur localisation ou leur aspect la présence d'un néoplasme thoracique.

L'ensemble symptomatique, surtout la permanence et la progression de la dyspnée plaident plutôt en faveur d'un néoplasme pulmonaire dont la pleurésie hémorragique semblait la conséquence. Et ce fut alors l'hypothèse admise.

Mais bientôt apparurent de nouveaux signes qui cadraient mal avec cette idée.

On put assister en effet à des manifestations cardiaques rappelant l'asystolie : cyanose, gros œdèmes violacés des membres inférieurs et du scrotum, foie gros et douloureux, arythmie complète.

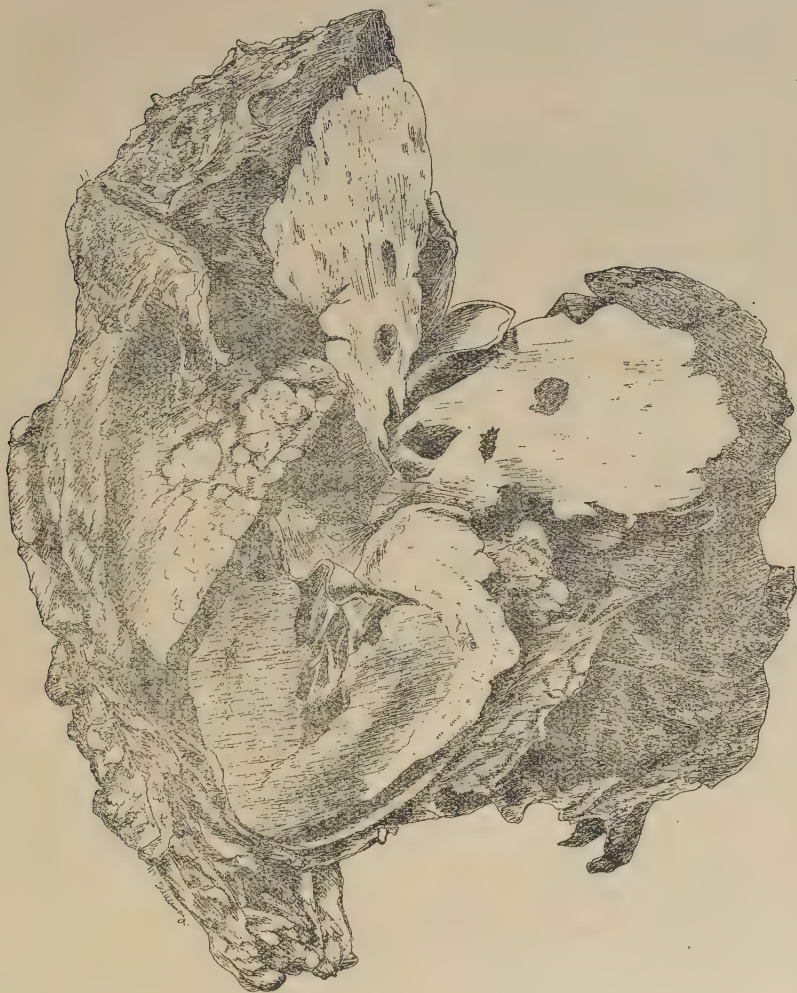
Cette évolution cardiaque fut brutale et courte : le malade succombait en pleine asystolie, le 19 août 1923.

L'autopsie devait nous donner l'explication de cette marche singulière; outre une pleurésie hémorragique de grande abondance, on trouva un énorme néoplasme pulmonaire de tout le lobe supérieur gauche, mais surtout une extension de ce cancer au myocarde et au péricarde. Aucune trace de généralisation ne peut être mise en évidence dans d'autres organes. Le foie représentait le type du foie cardiaque, et les reins étaient congestionnés.

ETUDE MACROSCOPIQUE. — La tumeur siégeait en plein parenchyme pulmonaire gauche. Elle envahissait en arrière le médiastin, en avant, les membranes d'enveloppe du cœur. Elle était de couleur blanchâtre, de consistance dure, ne donnait pas de suc au râclage. Les contours étaient nets, tant du côté du poumon qu'elle refoule que du côté du cœur.

Au niveau de ces organes, le dessin en détermine nettement les limites. Le poids total du poumon et du cœur avec la tumeur était de 1 kgr. 400. L'épaisseur du parenchyme

pulmonaire au voisinage de 6 à 7 centimètres en sa partie moyenne et de 1 centimètre dans la partie la plus élevée.



Les dimensions de la tumeur étaient de 10 centimètres pour le plus grand diamètre et de 7 pour le plus petit,

Le poumon était refoulé, comprimé. Sa face externe était lisse, Dans sa face interne, était encastrée la tumeur, qui, en arrière, du côté du médiastin, formait une masse dure, bosselée, irrégulière. En cette région, au milieu de la masse tumorale, apparaissaient en coupe la crosse de l'aorte et une bronche de premier ordre qui semblaient indépendantes. Tout à fait en arrière enfin, couchés sur la tumeur, on reconnaissait l'aorte descendante et l'œsophage. Ces organes étaient seulement déviés, ils n'adhéraient pas.

Le cœur avait subi un mouvement de bascule, la pointe était dirigée transversalement en dedans. La base se confondait avec la tumeur. On distinguait seulement un bout de l'oreillette avec son auricule.

La surface du cœur était rugueuse, hérissée de petits mamelons inégaux et durs, dépendant de l'épicarde. Le cœur ouvert, montrait un épicarde épaissi, de la base à la pointe. Le minimum d'épaisseur était vers la pointe, le maximum vers la base.

Du côté de la base, le cœur se perdait dans la masse. Les cavités ventriculaires étaient normales et ne contenaient ni bourgeons, ni nodosités néoplasiques. De même, le myocarde semblait intact. Toutefois, certains points de la surface avaient perdu leur coloration habituelle et étaient le siège d'un envahissement assez discret de la tumeur.

ETUDE MICROSCOPIQUE

1° *Tumeur.* — Deux parties très distinctes se présentent à l'étude : d'une part, le poumon refoulé, de l'autre, la tumeur elle-même.

Au faible grossissement, la tumeur est formée d'une masse unique de petites cellules disposées par groupements, dessinant plus ou moins les contours des alvéoles dont elles ont pris la place. Ces groupements sont donc parfois assez réguliers, ou au contraire ils s'étalent en nappes diffuses, irréguli-

lières, infiltrantes toujours, entourés de tissu conjonctif adulte ou de tissu jeune lymphocytaire. Au milieu de ces champs cellulaires, de nombreuses lumières apparaissent, espaces vides ou espaces contenant des globules sanguins. Ce sont des vaisseaux ou des lacunes sanguines, n'ayant d'autres parois que les cellules.

A ce grossissement moyen, on reconnaît déjà que les cellules ainsi amassées ont pris fortement la couleur du réactif qu'elles sont quelque peu espacées les unes des autres, qu'elles sont entourées d'un collagène léger. Enfin, à côté de cellules petites, plus ou moins arrondies ou anguleuses, on distingue de gros éléments ; d'autres sont allongées, fusiformes.

Fort grossissement : Avec un grossissement plus fort, le diagnostic déjà présumé se confirme. Les coupes ne contiennent plus que des cellules arrondies ovoïdes, allongées ou franchement fusiformes. L'activité karyokynétique est accentuée. De plus, il existe des cellules monstrueuses. Les lumières signalées au faible grossissement sont la plupart du temps sans paroi. (Elles sont alors limitées par les cellules tumorales) et il n'est pas rare, comme souvent en pareil cas, d'assister à la formation de celles-ci aux dépens des mêmes cellules.

Nulle part on ne trouve sur la coupe cet aspect et cette diffusion des éléments cellulaires qui est le propre des tissus inflammatoires. Aucun doute n'est possible ici. L'inégalité des cellules, leur forme, leur monstruosité, le nombre et les caractères des vaisseaux confirment le diagnostic de tumeur conjonctive d'abord, et de sarcome fuso-cellulaire ensuite.

2° *Poumon*. — La partie refoulée du poumon est faite : de vaisseaux plus ou moins épaissis et remplis de sang ; de tronçons de cartilage bleuâtre perdus dans des amas étendus de cellules lympho-conjonctives, au milieu desquels on reconnaît encore des bronches plus ou moins sclérosées et en voie de disparition ; de zones nécrosées ou de zones de col-

lagène autour d'artères, de bronches ; d'alvéoles tassées les unes contre les autres et envahies par le tissu conjonctif ou d'alvéoles élargies contenant des cellules épithéliales desquamées ou remplies d'exsudats œdémateux. Les alvéoles les plus rapprochées de la tumeur sont méconnaissables, remplacées qu'elles sont par des cellules cancéreuses. La paroi alvéolaire est invisible. Les cellules néoplasiques sont disposées comme il a été dit précédemment en groupements irréguliers. Les bronches acineuses et sus-lobulaires sont envahies. Les bronches perméables contiennent un magma purulent dans lequel baignent les cellules cylindriques.

3^e *Cœur*. — L'épicarde est transformé en tumeur. On y trouve les mêmes amas cancéreux bien limités ou au contraire sans limites, composés des mêmes cellules de type fuso-cellulaire au milieu d'un tissu conjonctif jeune qui a proliféré. Au point d'accolement de la tumeur au myocarde, la fibre musculaire perd sa striation, dégénère (dégénérescence de Zenker). L'envahissement, tout superficiel, s'arrête brusquement ; le reste du myocarde est sain. L'épicarde, en définitive, a fait seul les frais de la transformation néoplasique. Le myocarde et l'endocarde sont indemnes.

D'après ce qui précède, il est permis de conclure que nous sommes en présence d'un cas de sarcome primitif du poumon, dont le point de départ, à défaut de la plèvre, semble être le tissu péri-alvéolaire conjonctif. La propagation cancéreuse s'est faite par la voie lymphatique. Elle a atteint ensuite le tissu du médiastin, puis l'épicarde, et par contre-coup, le péricarde, ainsi que le prouvent les nodosités secondaires de même nature de la séreuse.

Le sarcome primitif du poumon est très rare, exceptionnel même. Outre sa rareté, la tumeur que nous venons de décrire est intéressante en ce sens qu'elle montre la transplantation progressive du cancer du poumon aux enveloppes du cœur en respectant la plus grande partie du myocarde lui-même.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces deux observations ?

Il convient de distinguer deux catégories de faits.

Le sixième environ des observations de sarcome primitif du poumon que nous avons étudiées, signalaient, à une époque variable, mais presque toujours très tardive, des signes d'asystolie. Ces signes, un peu divers suivant les cas, étaient toujours fort nets : c'était l'arythmie, la cyanose, de gros œdèmes périphériques, un foie gros et douloureux.

Mais, en dehors des trois cas que nous venons de relater, aucune de ces observations ne signale, au paragraphe de l'autopsie (qui pourtant a été pratiquée dans tous les cas sur lesquels nous nous basons) une extension du néoplasme au muscle cardiaque ou à ses enveloppes. L'asystolie était alors due à une autre cause : soit compression du cœur ou des gros vaisseaux par une tumeur volumineuse, soit, quoique plus rarement, pleurésie gauche très abondante (le cas de Schech signale 4 litres de liquide).

Pour nous résumer, il importe de distinguer dans la forme asystolique du sarcome primitif du poumon deux processus très différents.

Le premier cas est le plus fréquent. Il semble même constituer une des façons de mourir les plus habituelles des sarcomateux. L'asystolie est alors causée par des troubles de compression, dus à une tumeur volumineuse ou à une pleurésie abondante.

Dans le second cas, exceptionnel, puisque nous n'en pouvons citer que trois observations, les phénomènes

asystoliques sont dus à une propagation directe du sarcome au myocarde ou au péricarde.

Il semble qu'il soit tout à fait impossible de différencier cliniquement ces deux processus. Cette distinction n'aurait d'ailleurs qu'un intérêt purement théorique, car, dans l'un et l'autre cas, la mort est la terminaison fatale au bout d'un petit nombre de jours.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de sarcome primitif du poumon est extrêmement difficile. On peut même dire que c'est là une affection dont le diagnostic ne peut presque jamais être fait, sauf dans les cas très rares où l'examen des crachats ou les hasards de la ponction ont permis de mettre en évidence des cellules néoplasiques.

Nous examinerons cependant les diverses affections avec lesquelles il a été le plus souvent confondu.

Comme nous l'avons déjà fait observer, le sarcome primitif du poumon simule presque toujours la pleurésie, soit générale, soit enkystée. Mais la matité due au néoplasme ne présente pas en sa partie supérieure la courbe parabolique de la pleurésie. Souvent aussi, le néoplasme envahit tout le poumon, qui est mat du haut en bas. Ce fait ne se produit guère dans la pleurésie, même en cas de très grand épanchement.

La ponction exploratrice pourra d'ailleurs lever les doutes, si elle reste infructueuse après plusieurs essais. Mais nous avons signalé que, dans près de la moitié des cas, l'aiguille ramène un liquide, généralement

hémorragique. L'étude de ce liquide peut donner des renseignements intéressants.

Nous avons à distinguer plusieurs cas.

Il peut y avoir hydrothorax. En ce cas, le transsudat résulte d'une compression vasculaire ou d'une stase sanguine d'origine asystolique par exemple.

Il peut y avoir épanchement de sang pur dans la cavité pleurale, consécutif à l'ulcération et à la rupture d'un vaisseau du néoplasme.

Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il y a réaction pleurale d'irritation au contact du néoplasme, réaction qui peut ne se traduire d'abord que par une pleurésie sèche avec fausses membranes, mais qui bien souvent aussi aboutit à la formation d'un épanchement d'abondance moyenne. Des fausses membranes cloisonnent presque toujours cet exsudat ; le néoplasme, envahissant ces néoproductions, détermine des ulcérations, puis des hémorragies qui colorent l'épanchement primitivement séreux.

Trousseau considérait la nature de l'épanchement comme un bon symptôme de néoplasie pulmonaire. Les résultats de la ponction exploratrice sont d'ailleurs fort inconstants à ce point de vue.

La pleurésie est en effet souvent cloisonnée et polymorphe : une loge contient un liquide citrin, la loge voisine un liquide hémorragique. Dieulafoy a insisté sur le caractère suivant : l'épanchement séro-hémorragique de la pleurésie cancéreuse est pauvre en fibrine, et se coagule fort lentement à l'air libre, contrairement

à ce qui se passe pour le liquide de la pleurésie tuberculeuse hémorragique.

Dans quelques rares cas, on a pu trouver, dans le liquide pleural, des cellules cancéreuses dont la présence permet d'affirmer le néoplasme.

Enfin, on se souviendra que même au cas où la ponction évacuatrice retirerait une grande quantité de liquide, le soulagement qu'en éprouverait un cancéreux dyspnéique serait à peu près nul.

On porte fréquemment le diagnostic de tuberculose, soit aiguë, soit chronique. Les hémoptysies du sarcome, malgré les quelques caractères que nous avons signalés, ne diffèrent pas assez de celles de la phthisie pour être un élément de diagnostic.

L'adénopathie sus-claviculaire du sarcome est inconstante et peut se voir d'ailleurs dans la tuberculose. L'absence du bacille de Koch dans les crachats, plusieurs fois constatée, n'est qu'un symptôme négatif qui cependant peut parfois éveiller l'attention.

La syphilis pulmonaire serait d'un diagnostic différentiel fort difficile. Cependant, un examen clinique et sérologique complet pourrait donner des résultats précis. En cas de doute, un traitement d'épreuve pourrait être institué.

Le kyste hydatique a, au point de vue radiologique, des limites plus nettes que le sarcome. Actuellement, les examens morphologiques et sérologiques du sang apporteront au diagnostic de kyste un sérieux appui.

Quand les signes de compression prédominent, le dia-

gnostic est à faire avec toutes les affections capables de déterminer un syndrome médiastinal.

Dans quelques cas, la tumeur, développée au voisinage des gros vaisseaux, est animée de battements et a pu simuler un anévrisme de l'aorte. L'erreur a été commise à plusieurs reprises (Spillmann et Haushalter).

L'adénopathie trachéobronchique, les tumeurs des ganglions médiastinaux, sont le plus souvent d'un diagnostic impossible. En particulier, la maladie de Hodgkin à forme médiastinale, ne peut guère se différencier du sarcome : l'erreur est inévitable et n'amène d'ailleurs aucune modification dans le pronostic.

Quant à différencier le sarcome des autres tumeurs pulmonaires, l'épithélioma par exemple, il y a vraiment impossibilité absolue. Le seul élément qui pourrait plaider en faveur du sarcome serait le volume considérable de la tumeur se traduisant par des signes physiques très étendus.

Enfin, lorsque la maladie se traduit par des symptômes dus à une localisation secondaire prédominante (paraplégie) ou à une complication pulmonaire (abcès, pleurésie purulente, broncho-pneumonie) il est bien évident que le diagnostic ne peut être fait.

L'examen radiologique s'impose dans tous les cas, et peut être d'un grand secours.

L'image du sarcome nodulaire est fort variable. Le poumon présente en général à l'écran des taches mal limitées.

Le cancer massif donne une opacité très accentuée,

inégale, mal limitée, se confondant en dedans avec l'ombre des ganglions hypertrophiés et l'ombre cardio-aortique. En dehors, l'opacité se continue souvent par des traînées sombres, répondant à des infiltrations néoplasiques développées le long des bronches.

Il peut arriver que la limite de la tumeur soit assez nette pour donner une ombre en segment de sphère : on pourrait en ce cas affirmer un diagnostic de kyste hydatique, alors qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

Les difficultés du diagnostic déjà si grandes pour les cas classiques seront encore singulièrement accrues si on a affaire à une forme asystolique.

Tout concorde en effet pour égarer le clinicien. Une dyspnée considérable, la présence fréquente d'un épanchement, un état général médiocre, tous ces éléments sont de nature à faire considérer le cancéreux comme un cardiaque.

On constatera alors que le traitement classique de l'asystolie (repos, régime, évacuation de la plèvre digitale...) n'amène aucun résultat et la mort surviendra très rapidement.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La mort est la terminaison fatale du sarcome primitif du poumon. Il est impossible d'assigner à cette affection une durée même approximative, le diagnostic étant bien rarement fait sur le vivant, ou en tous cas ne l'étant que bien tardivement.

Le traitement est purement symptomatique. La radiothérapie n'a donné jusqu'ici, croyons-nous, que des insuccès.

**TABLEAUX DES OBSERVATIONS
DU
SARCOME PRIMITIF DU POUMON**

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
1	BELL (<i>Monthly J. Med. Sc.</i> , London, 1846, 47).	H	28	G	Douleur dans le sternum Plus tard, toux opiniâtre, dyspnée, vomissements. Rétraction du thorax gauche. Expansion imparfaite, pas de frémissement Matité du poumon gauche Nombreaux râles. OEdème des extrémités supérieures et inférieures.	Abondante, verdâtre, fétide.
2	MAC DONNELL. — Affection encéphaloïde étendue du poumon gauche, avec symptômes rares (<i>N. York M. J.</i> , 1850, 153-157).	F	47	G	Depuis 2 ans, douleur à gauche et dans l'épaule droite ; dyspnée ; un peu plus tard tumeur au dessus de la clavicule gauche ; ptose de la paupière gauche et contraction de la pupille gauche. Toux sèche, amaigrissement, paralysie du bras gauche avec œdème Oblitération et saillie des espaces intercostaux. Immobilité respiratoire. Matité à gauche. Pointe du cœur sur la ligne axillaire droite. Veines dilatées, paralysie du bras droit.	Pas d'hémoptysies.
3	WILKS. — Tumeur fibro-cellulaire du poumon (<i>Trans. London path. Soc.</i> , 1857, IX, 31).	H	46	G	Dyspnée. Matité à gauche. Hydro-pisie.	Pas de détails.
4	POISSON et ROBIN. — Tumeur fibro-plastique du poumon (<i>Gaz. méd. de Paris</i> , 1856, n° 9).	H	30	G	Toux, sueurs nocturnes, dyspnée, douleur à la base gauche, amaigrissement. Plus tard, pleurésie et symptômes de localisation au poumon gauche. Cyanose. Asphyxie.	Hémoptysies répétées.
5	BEALE (<i>Med. Times et Gaz.</i> , London, 1869, II, 382).	H	41	G	Rétraction de l'hémithorax gauche. Signes de phtisie et d'épanchement pleural gauche avec élargissement des espaces intercostaux inférieurs et circulation collatérale.	—
6	SUTTON. — A case of medullary cancer of lung simulating pleuritic effusion (<i>Lancet</i> , Lond., 1869, I, 459).	F	41	G	Cyanose. Dyspnée. Aplatissement du thorax gauche et absence de bruits respiratoires à gauche. Cœur rejeté à droite. Périmètre thoracique plus petit à droite qu'à gauche. Première ponction, un peu de sang noir ; deuxième, presque purulente.	Pas de détails.
7	FOOTE (A. W.). — Sarcome primaire encéphaloïde du poumon. (<i>Proc. Dublin, Path. Soc.</i> , 1871-72).	H	56	G	Malade depuis 3 mois avant d'entrer à l'hôpital. Dyspnée et sensation de pesanteur dans la poitrine. Poumon gauche présentant tous les signes d'épanchement pleurétique chronique et récidivant. Contraction légère du thorax gauche. Pas de déplacement du cœur. Frottement péricardique intense. Pas de ganglions, de douleurs, d'hémoptysie. Cachexie prononcée. Mort par hémiplegie 7 semaines après l'entrée.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Au lobe inférieur gauche, grande cavité à parois dures, irrégulières, remplie de liquide vert. Nombreux nodules sphériques inclus dans le reste du poumon gauche et le droit.	Nodules dans le poumon droit.	Pas de mention.	3 ans.	Bien qu'il n'y ait pas eu d'examen microscopique, l'âge du malade, les crachats le caractère des nodules indiquent un sarcome.
Il ne reste du poumon gauche qu'une mince couche de tissu du poumon à la portion diaphragmatique de la tumeur.	Noyaux dans le poumon droit. Les autres organes sont sains.	Pas d'examen.		
Tumeur ayant envahi presque toute la cavité thoracique gauche, en détruisant la partie inférieure et comprimant la partie supérieure du poumon. Adhérences à la paroi thoracique.	Ganglions du médiastin postérieur.	Fibro-sarcome à cellules nucléées, clairsemées et parfois cellules rondes abondantes.		Plutôt d'un type bénin que malin, d'après l'auteur.
Poumon gauche pomme-lé, envahi par des dépôts blanchâtres, friables et mous.	?	Noyaux fibro-plastiques et corps fusiformes fibro-plastiques à noyau central.	6 mois ou plus.	
Tumeur unique de 3 kil. à gauche. Côté droit sain.	—	Cellules rondes.	3 mois.	
Cancer médullaire de la cavité thoracique tout entière. Le poumon gauche est rejeté en arrière au-dessus de masses cancéreuses.	Pas	Pas de détails.		
Néoplasme infiltrant tout le poumon gauche et entouré d'une masse de tissu pulmonaire comprimé, traversée par l'artère pulmonaire très comprimée. On ne distingue pas les bronches ni les veines.	Pas	Sarcome à cellules rondes.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTENT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
8	ZIEMSSSENS (Hand- buch, 1874, Bd. V. 548). In Boschowsky Ueber primares, Lungensar- kom (<i>Frankfurter</i> , <i>Ztschr.f.Path.</i> , Wiesb. 1911, IX, p. 243).	F	36		Pleurésie droite.	
9	DEMANGE. — Sar- come primitif du pou- mon. Thrombose de l'artère pulmonaire, mort subite (<i>Revue</i> <i>Méd. de l'Est</i> , Nancy, août 1875. 119.	H	37	G	Depuis 5 mois, amaigrissement et faiblesse croissantes. Douleur à droite. Rétraction de l'hémithorax gauche et symptômes d'épanchement pleural avec refoulement du cœur à droite. Ponction exploratrice négative. Mort subite.	Pas de détails.
10	MORA (<i>Ann. univ.</i> <i>di Méd. et Chir.</i> , Mi- lano, 1875, vol. 231, 11-17).	H	?	les deux	Amené à l'hôpital, moribond.	
11	CHIARI. — Sarcome primitif à cellules fu- siformes à centre cal- cifié du lobe supé- rieur droit ; foyer pneumonique du lobe inférieur (<i>Anzeiger</i> <i>der Gesellschaft der</i> <i>Aerzte in Wien</i> , 1878.	F	14	D	Erysipèle de la face et anasarque.	Pas mentionnée.
12	POWELL. — Sarco- matous disease inva- ding the lung and occluding the bron- chi (<i>Brit. M. J.</i> , 1879, 115).	H	?	D	Hémoptysie durant 2 semaines et récidive avec toux quelques mois plus tard. Ictère. Matité à la base du sca- pulum et du mamelon. Obscurité res- piratoire. Douleurs dans la poitrine. Dyspnée intense.	Sanglante.
13	COLOMIATI. — Ri- vista clinica di Bolo- gna 1879, Gennaio (<i>Virchow Jahrbuch</i> , 1879, I, 267).	?	?	?	Pas de détails.	
14	JANSSEN (<i>Inaug.</i> <i>Diss.</i> , Berlin, 1879).	H	30	les deux	Pas d'hérédité. Syphilis, douleur à droite, dyspnée, cachexie. Plus tard adénopathie inguinale. Accès de pneu- monie avec crises, puis matité pro- gressive avec bruits de friction, quel- ques-uns à gauche. Amélioration à la suite du traitement antisiphilitique, mais augmentation de la matité et de la cachexie.	Verdâtre.
15	FRASER (<i>Edinburgh</i> <i>med. J.</i> , 1880-81. XXVI, 577-673).	F	39	D	Douleur à la hanche et l'épaule gauches. Dyspnée et toux. Epanche- ment dans la plèvre droite. Bron- chite. Dilatation veineuse au-dessus de l'hémithorax gauche. Tumeurs se- condaires autour de la clavicule gau- che et de l'humérus droit.	Copieuse, souvent sanglante.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Dans les lobes moyen et supérieur noyaux blancs et noirs à droite et à gauche.	Cerveau.	Sarcome à petites cellules rondes.		
6 à 8 tumeurs ovoides, régulières et dures dans le poumon gauche, du volume d'un œuf de pigeon. Bronche gauche complètement obstruée par la tumeur. Thrombose de l'artère pulmonaire.	Pas	Cellules rondes Sarcome fasciculé.		
Tumeur envahissant les deux poumons. Fibrose interstitielle supérieure.	Bronches. Dégénérescence tubaire.	Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes.		
Poumon gauche œdématisé. Grosse tumeur calcifiée de 10 c. de diamètre dans le lobe supérieur droit.	Pas.	Sarcome à cellules fusiformes à contours mal délimités avec calcification.		
Grosse tumeur lymphomateuse dans le médiastin postérieur envahissant le poumon, les deux bronches inférieures et obstruant complètement l'une d'elles. Le lobe moyen est entièrement envahi par la tumeur.	Foie, rein gauche et glandes lymphatiques du péritoine.	Lympho-sarcome.		
Lobe droit supérieur envahi entièrement par un néoplasme gélatineux de couleur d'ambre.		Cellules fusiformes et forme particulière des cellules géantes.		Original, inaccessible.
Poumon droit envahi par une tumeur à noyaux connectifs. Poumon gauchesain. Abscès du médiastin inférieur au dessus de la trachée	Nodules disséminées dans le médiastin, les bronches, la rate, le pancréas, les reins, etc.	Sarcome à cellules rondes.	Un peu moins d'un an.	
Poumon gauche envahi par une grosse tumeur dure dépassant les 3 ^e et 4 ^e côtes.	Noyaux bronchiques cervicaux, épaule gauche, humérus droit et hanche droite.	Sarcome à petites cellules rondes.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTÉINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
16	CURRAN (<i>Lancet</i> , <i>Lond.</i> , 1880, II, 268.	H	10	G	Coup sur la poitrine à gauche, plus tard, gonflement et fièvre. Ponction négative. Symptômes de pneumonie au sommet gauche, matité des deux côtes, diminution des mouvements respiratoires à gauche. Hémorragies abondantes. Accroissement rapide de la tumeur.	Hémorragies.
17	BRAUREUTER — Primäres Sarkom der Lunge und der Bronchialdrüsen (<i>Inaug. Diss. München</i> , 1881).	H	56	D	Entré à l'hôpital moribond, mort 5 jours après.	Pas mentionnée.
18	BLUMENTHAL. — Zwei Fälle von primären malignen Lungentumoren (<i>Inaug. Diss.</i> , Berlin, 1881).	H	20	G	Depuis plusieurs mois douleurs dans le bras gauche, 7 mois avant l'admission, grosseur dans l'hémithor. gauche. Plus tard, tumeur fluctuante du volume d'une tête d'enfant dans le creux axillaire gauche. Pas de troubles respiratoires, matité à gauche avec absence de bruits respiratoires. Ponction : liquide vert d'eau, clair.	Pas.
19	WEICHELBAUM. — Papillaeres adeno-sarkom der Lunge. (<i>Virchows Archiv</i> , LXXXV, 1881, 559).	F	67	D	Bronchectasie et pleurésie droite.	Pas. de détails.
20	COCKLE (<i>Med. Times & Gaz.</i> , 1881, Oct. 29, 318).	F	44	G	Dyspnée. Matité. Absence de bruits respiratoires au poumon gauche. Déplacement du cœur. Plus tard dyspnée, diarrhée, coma, convulsions, mort.	Hemoptysies.
21	SMITH (W. G.). <i>Dublin J. med. Sc.</i> 1881, vol. 72, 432.	H	inconnu	D	Pleurésie droite 2 ans auparavant. Plus tard, symptômes cérébraux, paralysie. Matité en arrière de la clavicule droite. Absence de bruits respiratoires, fétidité.	Hémoptysies répétées.
22	HAGENBACH. — 1882. D'après Roth. (<i>Inaug. Diss.</i> , München, 1904).	H	10 1/2	D	Pleurésie droite, diagnostiquée plus tard comme empyème encapsulé du lobe supérieur droit. Dyspnée croissante. Matité, obscurité respiratoire. Trois ponctions ramènent du sang. Diagnostic de tumeur du lobe supérieur droit fait pendant la maladie.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Le poumon gauche n'était qu'une masse cancéreuse, « médullaire » ayant érodé les 7 ^a et 9 ^e côtes et pénétré dans la paroi thoracique.	Pas.	Pas de détails.	5 mois.	Sarcome probable.
Enorme hypertrophie des ganglions bronchiques du hile droit et abcès. Le lobe inférieur droit est presque entièrement envahi par une tumeur sarcomateuse avec proliférations du hile à presque toutes les bronches.	Pas.	Lympho-sarcome		
Plevre gauche 400 gr. de liquide sanguinolent. Le lobe supérieur comprimé, aplati. Du lobe inférieur envahi par une grosse tumeur il ne subsiste qu'une bande de tissu pulmonaire comprimé. Erosion de plusieurs côtes par la tumeur qui a pénétré dans le creux axillaire et comprimé le plexus brachial.	Pas.	Myxo-sarcome		
Tumeur ronde en forme de cerise près du hile du poumon droit structure lacunaire.	Pas de détails	Amas tassés de cellules rondes et fusiformes à épithélium cylindrique.		
Sérosités sanguinolentes dans la plèvre gauche tumeur lisse dans le lobe supérieur de la plèvre et du poumon, du hile avec ramifications bronchiques. Oblitération de la veine pulmonaire gauche.	Noyaux lymphatiques rétro-péritonéaux.	Sarcome à cellules rondes.		
Poumon droit adhérent. Empyème encapsulé avec pus putride. Les 2/3 du poumon sont envahis par une tumeur lobulée à cloisons pigmentées. Le tiers inférieur est entièrement granulé.	Noyaux lymphatiques médiastinaux	Sarcome à cellules rondes.	3 mois.	
Sarcome médullaire du lobe supérieur droit avec extension aux côtes et aux vertèbres, du volume d'une tête d'enfant déplaçant en haut l'artère sous-clavière droite et la bronche gauche en arrière.	Plevre.	Sarcome à cellules rondes.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
23	FINLEY (A. W.). — Lympho-sarcome du poumon gauche avec déplacement considérable du cœur. (<i>Med. Times & Gaz.</i> , Lond., 1885, I, 145).	F	32	G	Pas d'hérédité. Toux, émaciation, dyspnée. Tumeur sus-claviculaire. Hémithorax gauche plus grand que le droit, avec immobilité respiratoire. Déplacement du cœur à droite. Œdème de la face, du bras gauche, du thorax.	Pas.
24	HOFMOKL. (<i>Arch. f. Kinderh.</i> , 1884, V. H 3-6 In Th. Chanard, p. 51).	H	3 1/2		Diagnostic : pleurésie gauche. Déplacement du cœur. Un peu de liquide séro-hématique à la ponction. Mort.	
25	SHEWEN. — Sarcome du poumon gauche avec propagation au diaphragme et à la rate. (<i>Australa med. Gaz.</i> Sydney, 1885, IV. 81).	H	31	G	Suite de congestion pulmonaire. Dyspnée croissante, dilatation veineuse et déplacement du cœur à droite. Matité et absence de bruits respiratoires à gauche. Pas de toux, pas de fièvre, pas de douleur. Ponction négative. Tumeur diagnostiquée pendant la vie.	Pas de détails.
26	PORTER. (<i>Brit. M J.</i> , Lond., 1885, II, 448).	H	39	D	Dyspnée, palpitations, toux. Douleurs, dysphagie. Œdème des pieds et de l'avant-bras gauche. Aplatissement du thorax gauche, matité à la base. Voix et respiration affaiblies.	Sanglante.
27	DE RENZI. — Sarcome primario del polmone. (<i>Giorn. internaz. d. Sc. med.</i> , Napoli, 1885).	H	40	D	Douleur dans l'hémithorax droit et l'hypochondre. Mal de tête, épistaxis, glandes dans le cou.	Pas mentionnée.
28	DUCKWORTH. — Affection maligne du poumon (<i>Brit. M. J.</i> , 1885, I, 943).	H	52	D	Hémiplégie incomplète gauche. Toux. Aplatissement du thorax à la 4 ^e côte. Extinction de voix, absence de murmures respiratoires. Liquide purulent dans la plèvre. Douleur dans l'hémithorax droit.	Expect. Profuse mucoïde. Hémoptysies.
29	RÜTIMEYER. (<i>Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte</i> , 1886, XVI, 169-199).	F	28	G	Pas d'hérédité. Début brusque avec douleur dans le côté et fièvre modérée. Dyspnée. Toux sèche. Matité de la base gauche. Ponction négative. Plus tard aplatissement et absence de murmure respiratoire. Diagnostic : Empyème encapsulé. Résection costale permettant de constater une tumeur lisse rougeâtre du poumon.	Verdâtre. Plus tard hémoptysies graves.
30	FUCHS. — Beiträge zur Kenntniss der primären Geschwulstbildungen in der Lunge. (<i>Inaug. Diss.</i> , München, 1886).	F	70	D	Pas de renseignements.	Pas de détails.
31	Id.	H	73	D	Cachexie. Bronchite sénile. Vomissements après ou pendant la déglutition.	Pas de détails.
32	Id.	H	74	G	Vertiges, abcès du cou, troubles psychiques avec aphasie. Emphyseme pulmonaire.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Cœur et péricarde adhé- rant fortement. Néoplasme envahissant presque tout l'hémithorax gauche. Com- munication directe entre la tumeur thoracique et celle du poumon. Oblitération des bronches.	Aucune.	Lympho-sarcome	3 ans 1/4.	
Tumeur multiple remplis- sant la plèvre gauche, de la grosseur de pommes.		Sarcome à cellules rondes.		
Tumeur du poumon gau- che entier déplaçant le cœur et comprimant le poumon droit.	Diaphragme et rate.	Sarcome à petites cellules rondes.	2 à 3 ans.	Origine : Bronches
Grosse tumeur envahis- sant le lobe gauche en en- tier, l'aorte, la carotide gau- che et la sous-clavière. Pneu- monie du lobe inférieur.	Pas de détails.	Sarcome à cellules rondes.		
Sarcome à cellules rondes du poumon droit compri- mant la bronche droite.	Pas de détails.	Sarcome à cellules rondes.		
Néoplasme du poumon droit, proliférant dans les ramifications bronchiques et envahissant le poumon droit.	Cerveau, foie, pancréas.	Sarcome à cellules rondes.		
Grosse tumeur du lobe inférieur gauche, bordée d'une couche mince de tissu pulmonaire comprimé. Bron- ches normales.	Pas.	Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes.	2 ans.	
Sarcome primitif avec en- vahissement du lobe supé- rieur droit.	Noyaux bronchiques, foie, pancréas.	Pas indiqué.		
Tumeur du volume d'une tête d'enfant entourée d'une capsule fi- breuse occupant tout le lobe in- férieur droit. Athérome. Pachymé- ningite.	Noyaux dans le lobe inférieur gauche.	Sarcome à cellules fusiformes.		
Petite tumeur ferme, blan- châtre, caséifiée par places dans le lobe inférieur gauche.	Plèvre.	Grosses cellules rondes fines tra- vées conjonctives.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
33	KRÖNIG. — Ein Fall von primären Sarkom der rechten Lunge. (<i>Berl. Klin. Wchnschr.</i> 1887, 964).	H	26	D	Douleur à droite et matité sus-claviculaire. Obscurité respiratoire. Diagnostic de lympho-sarcome fait par biopsie après ponction. Plus tard, fièvre, matité croissante et déplacement du cœur, dyspnée.	Pas de sang ni bacilles tuberculeux ; pas de fibres élastiques.
34	HILDEBRAND. — Primäres rundzellen Sarkom der linken Lunge im Anschluss an Lungentuberkulose. (<i>Inaug. Diss.</i> , Berlin, 1887).	F	46	G	Pneumonie. Toux, amaigrissement, affaiblissement, hémoptysies. Dyspnée.	Mucosités, nombreux bacilles tuberculeux.
35	MAC DONNELL. — Affection maligne du poumon. (<i>Canad. Med. Record.</i> , 1887, XVI, n° 1, p. 3).	H	3	D	Symptômes de pleurésie avec épanchement. Ponctions répétées négatives, un peu de sang. Dyspnée croissante, et symptômes de compression thoracique, distension des veines, œdème du côté droit, voussure thoracique gauche.	Pas de détails.
36	ISCOVESCO. — Sarcome pulmonaire simulant la phthisie. (<i>Bull. Soc. anat. de Paris</i> , 1888, 182).	H	pas indiqué	D	Pas d'hérédité. Douleur à droite. Toux. Symptômes de phthisie. Sueurs nocturnes. hémoptysies. Œdème de la face. Albuminurie légère.	Hémoptysies.
37	BOCK (A. F.). — Sarcome primitif du poumon (<i>Weekly Med. Review</i> , Saint-Louis, 1889, XIX, 512).	F	5	G	Pas d'hérédité. Début par fièvre et douleur intense dans le côté gauche et persistant jusqu'à la mort. Dyspnée, sueurs à droite seulement. Hémithorax gauche plus grand que le droit. Troubles respiratoires. Veines superficielles grosses. Emaciation. Aplatissement et absence de bruits respiratoires du poumon gauche. Cœur dévié à droite. Ponctions répétées avec peu de liquide séro purulent. Mort subite pendant une ponction.	Pas.
38	DAVIES (A.). — Lympho sarcome du poumon gauche (<i>Trans. London Path. Soc.</i> , 1889, XL, 46).	H	18	G	Pleurésie 21 mois auparavant. Symptômes de tuberculose au début. Caverne au sommet gauche qui disparaît en 3 semaines et est remplacée par de la matité à cet endroit avec râles et extinction de voix. Déplacement du cœur à droite. Gros néoplasme dans la 1 ^{re} droite et tumeurs plus petites au-dessus de la clavicule gauche.	Mucopurulente, souvent sanglante
39	MOORE (<i>Lancet</i> , Lond., 1890, II, 876).	H	10	D	Symptômes de compression du récurrent laryngé et du sympathique. Absence de pulsations à gauche. Fièvre. Compression de la sous-clavière gauche.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Grosse tumeur dans le médiastin antérieur continuant une tumeur du poumon droit qui envahit plusieurs bronches. Pneumonie récente dans le lobe supérieur droit.	Creux axillaire droit, foie, ganglions cervicaux sus et sous-claviculaires.	Lympho-sarcome	10 semaines.	
Phtisie pulmonaire. Base gauche occupée par une tumeur dure, lobulée, du volume du poing, adhérente au péricarde et comprimant la grosse bronche gauche	Aucune.	Sarcome à petites cellules rondes envahissant un poumon tuberculeux.	1 an.	
Poumon droit adhérent à la paroi thoracique et siège d'une tumeur étendue et de nouvelle formation.	Aucune.	Sarcome à petites cellules rondes à structure alvéolaire. Lympho-sarcome.	6 semaines.	
Deux grosses cavités tuberculeuses dans le poumon droit. Noyaux sarcomateux dans la plèvre avec infiltration du lobe inférieur droit. Tuberculose du poumon gauche.	Rein droit et œsophage.	Pas.		Siège douteux primitif. Peut-être primitif du rein.
Tout le poumon gauche est occupé par une tumeur blanchâtre oblitérant complètement la bronche gauche. Tous les autres organes sont sains.	Pas.	Gros sarcome à cellules fusiformes	2 mois.	
Grosse tumeur au-dessus de la clavicule gauche et au-dessus du ligament de Poupart. Oblitération de la cavité pleurale gauche et de tout l'hémithorax gauche par une tumeur dure de nouvelle formation qui traverse le diaphragme et pénètre dans la cavité abdominale. Rien au poumon droit.	Foie, noyaux lymphatiques rétropéritonéaux. Erosion de vertèbre. Pancréas os iliaque droit et ganglions lymphatiques	Lympho-sarcome à cellules rondes	15 mois au moins.	
Presque toute la partie supérieure du poumon gauche est remplacée par une tumeur blanchâtre.	Plèvre poumon droit ganglions lymphatiques médiastinaux et inguinaux	Sarcome à cellules rondes et fusiformes.	4 mois.	

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
40	SCHECH. — Das primäre Lungensarkom. (<i>Virchows Archiv. f. Klin. med.</i> , 1891, vol. 47, 441).	H	57	D	Début brusque par hémoptysies profuses et répétées, sans symptômes pulmonaires. Un an 1/2 après, matité et absence de murmure respiratoire à la base droite. Un an après, dyspnée, douleur intense, toux. Paralytie devenant complète à la ligne mamillaire.	Purulente, verdâtre.
41	SPILLMANN et HAUSHALTER. — Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon. <i>Gaz. hebdomadaire de médecine</i> , 1891, 587).	H	42	G	Depuis 2 ans, douleurs dans le côté gauche. Voussure thoracique gauche, respiration diminuée. Skodisme audessus. Emaciation et sueurs. Symptômes cardiaques. Ponction Très peu de liquide rougeâtre.	Aucune.
42	ROLLESTON. — Myxosarcome du poumon. (<i>Trans. Path. Soc., Lond.</i> , 1891, 54).	H	33	G	Pas d'histoire clinique. Paracentèse thoracique, liquide muqueux.	Pas de détails.
43	MARINI. — Sarcoma primitivo del polmone. (<i>Gior. internaz. d. Sc. med.</i> , Napoli, 1891, XII, 98).	H	40	D	Hérédité cancéreuse. Bronchite. Pneumonie. Matité et diminution de la fonction respiratoire. Plus tard, œdème de la main et du bras droits. Extinction de voix et absence de murmure respiratoire au lobe supérieur. Voussure graduelle au-dessus des 3 côtes supérieures. Dyspnée croissante et douleur. Tumeur du poumon probable.	Mucopurulente. Souvent sanglante.
44	BARCLAY (H. C.). — Sarcoma of lung. (<i>New Zealand M. J.</i> , 1892, V, 170-172).	H	18	G	Pas d'hérédité. Début par douleur à la base droite, toux, un peu de fièvre. Matité à gauche. Diminution des bruits respiratoires. Emaciation. T. 104. Voussure de l'hémithorax gauche. Œdème du bras gauche et de la poitrine. Ganglions sus-claviculaires. Deux ponctions négatives. Douleur persistante à la base droite.	Sanglante.
45	HARRIS. — Intrathoracic growths. (<i>St Bartholomews Hosp. Rep.</i> , 1892, vol. 28, 73).	H	24	G	Toux. Douleur à l'épaule gauche. Dyspnée. Voussure de l'hémithorax gauche, puis aplatissement s'étendant à la région sternale droite. Troubles respiratoires. Quatre ponctions sans résultat.	Pas.
46	VANDERVELDE (P.). — Un cas de sarcome encéphaloïde primitif du poumon. (<i>J. de Méd., Chir. et ph. de Brux.</i> , 1892, vol. 94, 193).	F	23	D	Hérédité tuberculeuse. Deux ans environ avant l'admission, pleuropneumonie et 6 mois avant, tumeur à droite, à évolution rapide et très douloureuse. Ponction de cette tumeur molle s'étendant de la 5 ^e à la 8 ^e côte à liquide contenant de nombreuses cellules sarcomateuses. Ablation. Le pédicule pénétrait dans la cavité pleurale. Guérison opératoire. Six mois après, émaciation, sueurs nocturnes, dyspnée intense, toux persistante. Aplatissement de l'hémithorax droit, râles, absence de mouvements respiratoires.	Purulente, souvent sanglante. Pas de bacilles tuberculeux.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Liquide sanguinolent dans la plèvre droite. Le poumon droit presque en entier est envahi par une tumeur dure, blanchâtre, avec cavités nécrosées. Poumon gauche sain.	Rate, plèvre.	Sarcome à cellules rondes.	3 ans.	
Grosse tumeur occupant presque tout l'hémithorax gauche, déplaçant le cœur à droite et refoulant le diaphragme. Poumon gauche réduit à une languette de 4 centimètres.	Pas.	Fibro-sarcome kystique.	2 ans.	
Tumeur envahissant tout le lobe inférieur gauche avec infiltrations péricardiques.	Ganglions bronchiques. 8°, 9°, 10° côtes gauches.	Myxo-sarcome à petites cellules.		
Tumeur dure blanc-grisâtre du lobe supérieur droit, érodant la clavicule et les côtes. Pas de ganglions.	Aucune.	Sarcome.	22 mois.	
Adhérences anciennes et récentes à la plèvre droite. Epanchement à la plèvre gauche. Le poumon gauche est presque entièrement envahi par une tumeur dure, à noyaux. Obstruction des petites bronches.	Pas.	Sarcome à petites cellules.		
Poumon gauche infiltré par un néoplasme mou avec envahissement des ganglions lymphatiques bronchiques, de l'œsophage, détruisant et oblitérant la grosse bronche gauche.	Ganglions lymphatiques du poumon et du péricarde.	Sarcome.	6 mois.	
Cicatrice infiltrée par la tumeur et adhérente au poumon droit. Tumeur jaunâtre occupant entièrement le poumon droit. Compression du tissu pulmonaire. Au centre, une cavité contenant du sang et des débris.	Ganglions bronchiques et côtes réséquées.	La tumeur opérée était un sarcome à petites cellules rondes avec dégénérescence mucoïde, pas de cellules épithéliales ni géantes.		Après recherche consciencieuse et étude de tous les autres organes, la tumeur a été diagnostiquée primitive du poumon.

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
47	DICK J. A). — Notes in a case of primary malignant disease of the lung. (<i>Australian med. Gaz.</i> , 1896, XV, 50).	F	40	D	Pleurésie avec épanchement à droite. 3 mois plus tard, œdème de la face et du cou. Dilatation des veines à droite. Cyanose, orthopnée, gêne des mouvements respiratoires. Matité droite. Aphonie et obscurité respiratoire. Mort 4 mois après le premier examen.	Muco- purulente et sanglante.
48	LENHARTZ. — Sarcome primitif du poumon avec métastases dans la région motrice droite. (<i>München med. Wochens.</i> , 1896, 508).	F	46	D	Prédominance des symptômes cérébraux. Matité des lobes moyens et inférieurs.	Rien de caractéristique.
49	PÉRITZ. (<i>Inaug. Diss.</i> , Berlin, 1896).	H	38	G	Début brusque : douleur, toux, dyspnée. Sueurs nocturnes. Cachexie. Paralysie de la corde gauche. Œdème thoracique droit. Dilatation des veines. Matité et diminution de l'amplitude respiratoire à gauche. Ponction : liquide limpide. L'aiguille rencontre une tumeur dure. Ganglions axillaires gros.	Parfois sanglante.
50	Id.	H	53	D	Pas d'hérédité. Mêmes symptômes. Ponction : sérum sanguinolent. La tumeur se sent sous la clavicule droite. Rétroaction du thorax. Stridor.	Mucoïde. Pas de bacilles tuberculeux mais plus tard de grandes cellules épithéliales rondes.
51	POLLAK. — Ein Fall von Lungensarkom. (<i>Inaug. Diss.</i> , Würzburg, 1897).	H	71	D	Paludéen, alcoolique. Troubles digestifs et respiratoires. Ictère grave avec hémorragies. Bronchite chronique. Athérome. Néphrite chronique. Mort de cholémie avec œdème pulmonaire.	Pas de détails.
52	GREEN. (<i>Trans. Path. Soc.</i> , London, vol. 50, p. 37. <i>Lancet</i> , 1898, II, 1705).	F	14	G	Faiblesse, dyspnée. Épanchement dans la plèvre droite.	
53	COHEN (S. Solis) and KIRKBRIDE. — Tumor (Sarcoma ?) of the mediastinal and bronchial glands ; metastases in liver. Rupture with fatal hemorrhage.	H	30	D		

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Sérosité limpide dans la plèvre gauche. Néoplasme à la base du poumon droit comprimant la veine cave et l'oreillette droite envahissant les ramifications bronchiques et les ganglions entourant la grosse bronche droite, bronchiectasie. Cavité dans le poumon droit dont la capacité est réduite.	Aucune.	Sarcome mixte à cellules rondes et fusiformes.		Le diagnostic de la tumeur a été fait pendant la vie. L'auteur croit que la tumeur a pris naissance dans le tissu même du poumon.
Pas de détails.	MÉTASTASES.	Pas de détails.		Cette observation n° 46, Adler, Boschowsky, p. 248, paraît sommaire
Lympho-sarcome du poumon gauche, des bronches, de la plèvre, du médiastin. Bronchiectasie, bronchite purulente, pneumonie indurée du poumon gauche. Œdème du poumon droit.	Bronches, ganglions cervicaux axillaires, oreillette gauche.	Lympho-sarcome	3 mois.	
Tumeur ayant envahi la bronche principale droite, en partie la bronche gauche et la trachée, pénétrant dans le lobe supérieur droit à la bifurcation. Cavités bronchiectasiques dans le lobe inférieur.	Noyaux lymphatiques bronchiques cervicaux axillaires, peau, foie, reins	Sarcome à petites cellules rondes, à structure alvéolaire du poumon.	1 an.	Origine probable : petits noyaux lymphatiques dans le poumon.
Tumeur blanchâtre du volume d'une noix envahissant les ramifications des bronches. Infiltration médullaire en particulier des cloisons alvéolaires. Compression des bronches et des vaisseaux sanguins.	Foie et médiastin.	Sarcome à cellules rondes avec proliférations bronchiques.		
Le poumon gauche est transformé en une tumeur qui envahit la crosse de l'aorte et les gros vaisseaux.	Médiastin, ganglions lymphatiques périphériques bronches, pancréas.	Sarcome à cellules rondes et fusiformes.		In Boschowski, p. 249. Cas douteux dans Adler, p. 289.
		« Unsatisfactory »		Probablement lympho sarcome (d'apr. Adler). Douteux.

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
54	FARRELL. — Lympho-sarcome du poumon (<i>Maritime M. News</i> , Halifax, 1901, XIII, 291).	H	?	G	Soldat. Douleur dans le cou et les épaules, point de côté à gauche depuis 9 à 10 mois. Perte de poids. respiration courte. A l'admission, aplatissement de la 4 ^e côte au poumon gauche et de la crête scapulaire. Aphonie et obscurité respiratoire. Cœur déplacé à droite. Diagnostie, pleurésie Ponction, liquide noirâtre Mort 5 jours après l'admission.	Pas de bacilles de Koch.
55	LEVIT. — Primäres Rundzellen-sarkom der linken Lunge mit Obturation von grossen Bronchien und Broncheectasen. (<i>Inaug. Diss.</i> , Erlangen, 1901).	H	?	G	Pas d'histoire clinique.	Pas de détails.
56	id.	?	?	G	Id.	Id.
57	MILIAN et MANTÉ. — Sarcome primitif du poumon (<i>Bull. Soc. anat. de Paris</i> , 1901, p 82).	H	31	D	Syphilitique entré avec le diagnostic d'hémiplégie syphilitique Bronchite grave il y a un an. Depuis, toux, dyspnée, râles aux deux bases. Etat subcomateux. Apoplexie, coma, mort 1 semaine après l'admission.	Pas de détails.
58	HARRIS. — Intrathoracic Growths. (<i>St-Bartholomew's Hosp. Reports</i> , 1892, vol. 28, 73).	H	53	D	Douleur, faiblesse, toux. Matité au sommet droit. Diminution de la résonance à droite, de la voix et de l'amplitude respiratoire. Quelques râles.	Mucopurulente. Pas de sang.
59	Id.	H	36	G	Douleur des deux côtés du thorax, toux, hémoptysies légères. Aplatissement thoracique à droite. Aphonie et obscurité respiratoire.	Hémoptysies légères.
60	Id.	F	48	G	Toux, point de côté gauche. Abdomen distendu. Aplatissement, aphonie et obscurité respiratoire à droite.	Faible. Pas d'hémoptysies.
61	WALCH. — Cancer du poumon gauche; généralisation. Pleurésie purulente à pneumocoques. (<i>Bull. de la Soc. anat. de Paris</i> , 1893, p. 90). In : Th. Duran, Lubin, p. 55.	H	30	G	Pleurésie il y a deux ans. Dyspnée intense. Douleur dans le mamelon gauche. Signes d'épanchement. Ponction : un demi-verre de pus verdâtre. Le tableau clinique est celui de l'empyème. Mort en 9 jours.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DUREE de l'évolution	REMARQUES
Le poumon gauche sauf une petite partie au sommet est occupé par une grosse masse fibreuse envahissant le péricarde et le cœur, et y adhérent, l'oreillette gauche et la plèvre. Poumon droit normal avec un peu de pleurésie à la base	Noyau dur dans le ventricule gauche Tumeur secondaire envahissant presque les 3/4 de l'oreillette gauche	Lympho-sarcome		Remarquable par ce fait que ce soldat a fait son service jusque 5 ou 6 jours avant sa mort
Masse nodulaire gris-rouge au hile du poumon gauche inférieur. Plèvre épaisse de 2. c. c. avec nombreux abcès. Tumeur adhérente aux parois des bronches.	Pas de détails.	Sarcome à petites cellules rondes		
Gros sarcome mou du hile gauche, noyaux nombreux dans le poumon. Obstruction des veines pulmonaires et de nombreuses bronches.	Pas de détails.	Sarcome à cellules rondes		
Tumeur irrégulière près du hile du poumon gauche contenant du pus épais, verdâtre, dans le lobe inférieur droit, tumeur solide du volume d'une grosse orange entourée de lacunes contenant un liquide purulent. Encéphale criblé de cavités contenant du pus.	Ganglions du médiastin antérieur et rate, cerveau Les autres organes sont sains	Sarcome		
Le lobe supérieur droit est complètement infiltré par un néoplasme, dur, blanchâtre, à la partie supérieure, mou dans la partie inférieure.	Petits noyaux dans le poumon gauche.	Fibro-sarcome à petites cellules rondes.	4 mois	
Tumeur occupant presque entièrement le lobe supérieur et complètement le lobe inférieur du poumon gauche.	Poumon droit ; ganglions bronchiques et médiastinaux	Sarcome à cellules rondes et fusiformes avec tissu fibreux.	3 mois.	
Le lobe inférieur du poumon gauche occupé par une tumeur dure, blanchâtre. Epaississement de la plèvre.	Foie, rate, pancréas, péritoine et ganglions rétro-péritonéaux.	Sarcome.	10 mois.	
Masse dure occupant tout le poumon gauche adhérent aux côtes.	Péricarde poumon droit foie.	Sarcome médullaire.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEIN	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTORATION
62	WHITE (W. Hale). — <i>Trans. London Path. Soc.</i> , 1893, vol. 44, p. 14).	H	37	G	Perte d'appétit, de poids, de forces. Douleur, dyspnée, dysphagie. Ponction : liquide purulent dans la plèvre gauche. Dilatation des veines à gauche. Matité cardiaque s'étendant à droite.	Hémoptysies.
63	Mc CALL ANDERSON. — Clinical memoranda. Left hemiplegia complicating tumor at root of the lung. (<i>Glasgow M J.</i> , 1893, XXXIX, 243).	H	48	G	Pas d'hérédité. Deux mois avant l'admission, inflammation des poumons. Plus tard, hémiplegie complète gauche. Diagnostic : hémorragie cérébrale. Mort subite.	Pas de détails.
64	REYMOND. — Sarcome primitif du poumon gauche. <i>Bull. Soc. Anat. de Paris</i> , 1893, 256). In th. Duran, Bocage, Chanard.	H	23	G	Crises de dyspnée, avec douleurs dans l'épaule gauche, irradiées dans le bras, datant de 5 mois. Point de côté gauche. Dysphagie. Battements précordiaux. Matité sous-claviculaire gauche. Murmure vésiculaire aboli à gauche. Pointe du cœur sous le sein droit. Deux ponctions, l'une liquide limpide, l'autre sang.	Sanglante. Pas de bacilles tuberculeux.
65	FERRAND. — Sarcome primitif du poumon gauche. In : Thèses Chauvain, Duran : Du sarcome primitif du poumon. Paris, 1893-94, n° 62. Chanard.	F	32	G	Pas d'hérédité. Malade depuis 1 an, mais cependant a accouché d'un enfant sain. Douleurs intercostales. Matité du côté gauche, en arrière et sur les côtés dans la région moyenne du poumon. Abolition du murmure vésiculaire, déplacement du cœur. Voussure thoracique avec immobilité de la paroi. Cachexie. Diagnostic fait pendant la vie.	Hémoptysies.
66	RANGLARET. — Sarcome primitif du poumon gauche (<i>Bull. Soc anat. de Paris</i> , 1893, VII, 591).	F	34	G	Pas d'hérédité. Douleur dans le côté gauche. Grossesse et accouchement normaux. Ponction négative. Matité 2/3 inférieurs gauches. Obscurité. Cœur dévié à droite. Dilatation des veines superficielles. Voussure gauche. OEdème des extrémités inférieures.	Mucoïde et sanglante. Hémoptysies.
67	PAL J). — Lymphosarkom der Lunge. (<i>Jahrbuch d. Wien. K K Krankenanstalt</i> , Vienna, 1894, III, 1896, 545).	H	21	D	Depuis 5 mois, douleurs à droite, ictère. Matité au-dessus de la 3 ^e côte. Murmure systolique, accentuation au 2 ^e bruit. Foie gros et douloureux. Pointe du cœur à la ligne mamillaire. Ponction : sérosités sanglantes. Mort deux jours après l'admission.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
La bronche gauche est complètement entourée et obstruée par la tumeur. Infiltration du lobe supérieur gauche. Gangrène d'une partie du poumon. Tumeur communiquant avec une autre petite derrière le sternocléido gauche. Compression de l'artère pulmonaire, des veines et de l'aorte par la tumeur. Aorte et œsophage ulcérés et perforés par la gangrène.	Nerf récurrent laryngé gauche.	Sarcome à cellules rondes.	9 mois.	
Tumeur du poumon gauche englobant une bronche. Grande cavité hémorragique dans la corona radiata droite.	Pas de détails.	Sarcome à petites cellules rondes.		
Tumeur remplaçant presque tout le poumon gauche (2 k. 300). Poche anfractueuse au centre du lobe supérieur renfermant un litre de sang.	Ganglions au hile seulement.	Sarcome à cellules fusiformes, traversées conjonctives minces.	5 mois.	
Tumeurs volumineuses occupant le poumon gauche. Rien ailleurs.	Aucune.	Sarcome à cellules fusiformes.	2 mois	
Tumeur occupant la place du poumon gauche dans la plèvre épaissie (1800 gr.) avec cavités contenant du sang et du liquide verdâtre. Poumon droit normal.	Pas.	Sarcome à cellules fusiformes.	16 mois.	
Tumeur dure du volume d'une tête d'enfant dans le poumon droit.	Les deux oreillettes, le péricarde, tête du pancréas, ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux.	Pas de détails.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
68	MIRINESCU et BARONCEA. — Sarcome primitif du poumon. (<i>Rev. mens. des mal. de l'enfance</i> , Paris, 1894, XII, 82-86).	F	14	D	3 mois avant l'admission, pneumonie probable. A l'entrée, aplatissement de la partie postéro-inférieure droite, sus-scapulaire et sous-claviculaire. Frottements pleurétiques à la base droite. Toux quinteuse. Ponction négative. La matité s'étend à presque tout le poumon droit. Respiration rude et diminuée, amphorique. Symptômes de compression thoracique, cyanose de la face, œdème, dilatation des veines superficielles du thorax, dyspnée, mort par asphyxie un mois après l'entrée à l'hôpital.	Mucus. Sang au début. Rien de caractéristique.
69	POORE. — Un cas de tumeur du poumon. (<i>Lancet</i> , Lond., 1895, I, 870).	H	20	G	Début brusque. Douleurs dans le dos. Dyspnée, toux. Amplitude respiratoire diminuée à gauche. Matité au-dessus de la 3 ^e côte. Déplacement du cœur à droite. Ponction négative. Voussure à la région mamillaire gauche, puis œdème. Dilatation des veines. Petite tumeur au-dessus de la tête de l'humérus droit. Pas de douleur.	Du sang une fois ou deux.
70	WEISS. — Zwei gleichzeitig beobachtete Fälle von bösartiger Neubildung in der Lungen resp. Mediastinum anticum. (<i>München med. Wchnschr</i> , 1895, 790).	F	65	les deux.	Toux opiniâtre. Râles muqueux aux deux poumons, sans matité. Perte rapide de poids et de forces. Température élevée. Petite tumeur au-dessus de la clavicule gauche, d'autres dans le creux axillaire gauche, l'aîne droite et à la clavicule gauche. Rate grosse et dure. Mort dans le coma. Diagnostic : Tuberculose miliaire aiguë	Hémoptysies répétées, pas de bacilles tuberculeux.
71	Box (C. R.). — Sarcoma of the lung. (<i>St-Thomas Hosp. Reports</i> , 1896, 260).	H	5	G	Pas d'hérédité. Six mois avant l'admission, masse grossissant progressivement dans l'angle sous-scapulaire gauche. Toux, douleur, matité à gauche. Diminution de l'amplitude respiratoire, de la voix, frémissement. Ponction négative Plus tard, dilatation des veines superficielles, ganglions cervicaux et axillaires. Dyspnée extrême et cyanose.	Pas de mention
72	CLÉMENT. — (<i>Mém. Soc. d. Sc. méd. de Lyon</i> , 1896).			G	Malade entré à l'hôpital, asphyxique depuis 3 jours. Orthopnée. Obscurité respiratoire. Mort 3 heures après.	Séreuse aérée.
73	SANGALLI. — Osservazione sul sarcoma della pleura e del polmoni (<i>Gazz. med lomb.</i> , Milano, 1897, 226).	H	49	les deux.	Dyspnée croissante.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
La plèvre droite est presque oblitérée par des noyaux blanc-jaunâtres. Presque tout le poumon gauche est rempli de tumeurs molles. Au centre une grande cavité formée par la tumeur dégénérée et remplie de pus. Plèvre gauche, épanchement jaunâtre. Les autres organes sains.	Ganglions médiastinaux et bronchiques.	Sarcome à cellules rondes et fusiformes.		
Tumeur molle remplissant tout le poumon gauche recouverte de la plèvre adhérente à la paroi thoracique. La partie antérieure de la tumeur est recouverte d'une bande de poumon.	Poumon droit, ganglions lymphatiques médiastinaux foie, humérus, scapulum.	Sarcome à cellules rondes.	4 mois.	
Les deux poumons sont parsemés de noyaux sarcomateux, surtout au lobe supérieur gauche, entourant les bronches et proliférant dans leur lumière.	Ganglions lymphatiques foie.		2 mois.	
Presque tout le poumon gauche est converti en une tumeur molle qui se prolonge par une tumeur dure infiltrant les lobes droits supérieurs et moyens, adhérent aux vertèbres dorsales supérieures. Moelle et les autres viscères intacts. Erosion de la 5 ^e à la 8 ^e côte.	Poumon droit, vertèbres, rachis.	Pas donné.	11 mois.	
Poumon gauche, au sommet, tumeur dure, du volume d'une orange, avec crépitation superficielle, constituée à la périphérie par de petits grains durs, à facettes, du volume d'un pois, encapsulés et constitués par du fibrocartilage, au centre dur d'aspect et de consistance osseuse. Aplatissement d'une grosse branche de l'artère pulmonaire.	Pas.			
Noyaux nombreux dans les deux poumons surtout à droite, souvent confluent et rassemblés en gros amas.	Pas de détails.	Sarcome à cellules rondes avec calcification.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTORATION
74	HOOPER. — Sarcoma of the lung (<i>Intercolon. méd. J. of Australasia</i> , 1898, III, 222).	H	24	D	Pas d'hérédité. Pleurésie sèche, fièvre, toux sèche persistante, grande faiblesse, dyspnée 2700 c. c. de sérum limpide par ponction à droite. Matité au poumon gauche. La tumeur fut diagnostiquée d'après les sueurs, la toux, l'émaciation. Œdème de la face à droite, de la poitrine, du bras, mort par asphyxie	Sanglante pas de bacilles tuberculeux.
75	MILIAN et BERNARD. — Sarcome aigu du poumon, généralisation, bactéries dans les tumeurs (<i>Bull. de la Soc. anat. de Paris</i> , 1898, 336).	F	27	G	Pas d'hérédité, pas de syphilis, 4 mois avant l'admission, parésie et douleurs dans les membres inférieurs. Plus tard, pneumonie Depuis toux, dyspnée, congestion et râles aux deux bases, cyanose, température élevée. Paralyse. Diagnostic : tuberculose.	Verdâtre hémoptysies profuses
76	MULLER. — In th Chanard Montpellier 1912-1913, p. 59.	H	30	D	Pas d'antécédents. Il y a 18 mois, point de côté droit. Depuis 6 semaines oppression, malade alcoolique amaigri. En avant tympanisme à droite avec respiration rude et expiration prolongée. En arrière à droite, submatité dans le haut du poumon, matité à la base. Diagnostic : bacilliose et peut-être pleurésie droite Ponction à la base droite. Liquide hémorragique.	Purulente à bacilles de Koch.
77	SCHNICK. — Tin Fall von primärem Spindelzellensarkom der Lungen gepaart mit Tuberkulose (<i>Inaug. Diss</i> , Greifswald, 1899).	H	36	D	3 semaines avant l'admission, crachats sanglants et point de côté droit Dyspnée et faiblesse croissantes. Symptômes de tuberculose des deux sommets. Fièvre hectique, matité au sommet droit. Obscurité, râles.	Profuse mucopurulente, parfois du sang avec bacilles de Koch
78	PIROT. — Sarcome primitif du poumon à marche rapide (<i>Arch. de méd. et de pharm. mil.</i> , Paris, 1899, XXXIV, 306).	H	20	D	Antécédents tuberculeux. Toux depuis un mois avant l'admission. Diagnostic: bronchite grippale Plus tard, dyspnée, matité gauche, douleur vive à la base gauche et signes d'épanchement. Crachats gelée de groseille, cœur dévié à gauche. Diagnostic : bacilliose. Ponction : 800 gr. de liquide rougeâtre, non purulent. Voussure thoracique gauche l'hémithorax droit a 2 cm. de plus que le gauche Ponctions répétées. Thrombose de la jugulaire gauche et œdème de ce côté de la face, du cou et de l'épaule. Cordon veineux induré dans le creux poplité. Pouls rapide Dyspnée intense, mort par asphyxie.	Muqueuse plus tard du sang.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Oblitération de la cavité pleurale droite. Le poumon gauche en entier est infiltré par une tumeur de nouvelle formation, molle et blanchâtre évidemment un sarcome à cellules rondes à croissance rapide.	Pas.	Pas de détails.	6 semaines	
Tumeur unique occupant le poumon gauche presque entièrement et entourant les 5° et 6° côtes. Cavité remplie d'un liquide blanchâtre.	Ganglions médiastinaux et bronchiques 2° et 3° vertèbres. Canal médullaire oblitéré.	Sarcome à petites cellules rondes avec quelques figures de karyokinèse	4 mois.	
Poumon gauche œdémateux. Plèvre épaissie. Poumon droit adhérent au diaphragme par plusieurs tumeurs, l'une plus grosse que les 2 poings Adhérence du diaphragme au foie.	Plèvre et foie.	Sarcome à petites cellules rondes		
Endocardite récente. Tuberculose des deux poumons. Dans le lobe médian droit, grosse tumeur encapsulée avec une cavité remplie de fragments de tumeur dégénérée. Dégénérescence calcaire en partie. Nombreux bacilles tuberculeux.	Aucune.	Sarcome à cellules fusiformes typiques		
Poumon gauche presque entièrement occupé par une grosse tumeur en certains endroits adhérente à la plèvre, et ressemblant à de la substance cérébrale déchiquetée en certains endroits. Ailleurs masses grisâtres traversées par des bandes de tissu fibreux. Veines du cou à droite thrombosées et envahies par une tumeur nodulaire de la base.	Tumeur du volume d'une orange dans le foie	Sarcome fuso-cellulaire		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
79	HELLENDALL. — Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste (<i>Ztschr. f. Klin. med.</i> , 1899, XXXVII, 435).	H	47	D	Pas d'hérédité. Toux sèche, dyspnée. Point de côté Submatité du sommet droit, respiration rude, inégalité pupillaire. Plus tard oedème des jambes et du bras droit, dyspnée, dysphagie, ascite, dilatation des veines superficielles. Gros foie, dur. Epanchement à droite. Ponctions: liquide brun rouge, tissu cellulaire sous-cutané: 2 litres de sérosité. Diagnostic: tuberculose puis sarcome du poulmon.	Plusieurs hémoptysies sans bacilles de Koch.
80	MEYER. — Beitrag zur Casuistik der primären Lungen-Sarkome (<i>Inaug. Diss.</i> , München, 1900).	H	54	G	Pas d'hérédité. Emaciation, toux, Paralysie droite avec atrophie musculaire, artério-sclérose, matité à gauche et obscurité Râles fins aux deux sommets, foie gros et douloureux, ictère, diagnostic: pneumonie, tuberculose pulmonaire, tumeur du cerveau, peut-être ancienne, apoplexie Coma et mort	Sanglante.
81	POLACCIELLA FRANCA. — Enorme sarcoma primitivo del polmone con sintomi di pseudomixedema (<i>Arch. ital. de med. int.</i> , Palermo 1901, IV, fasc. 1-2, 408).	F	55	D	Début par dilatation de la carotide droite qui peu à peu s'étend au côté droit du cou et aux sommets des deux côtés. Difficulté pour respirer et avaler, dilatation des veines du thorax et du cou Toux, douleurs thoraciques, dyspnée nocturne, oedème des extrémités inférieures. Matité au 3 ^e espace intercostal Diminution de la voix et de l'amplitude respiratoire. Obscurité à la base. Poumon gauche normal.	Pas de détails.
82	SILVA. — Sul sarcoma primario del polmone (<i>Gazz. d. Ospedali e d. cliniche</i> , Milano, 1902, XXIII, ser. 41, 1236).	H	63	G	Pas d'hérédité. Début il y a 7 mois par difficulté de déglutition. Depuis 1 mois, ictère, depuis 5 mois toux persistante. Douleurs épigastriques irradiant au thorax gauche et à l'épaule. A l'admission, cachexie. Troubles respiratoires à gauche avec aplatissement. La sonde œsophagienne s'arrête à 32 c. des dents. Ponction: liquide sanglant. L'aiguille entre dans une tumeur dure Déclin progressif. Dyspnée intense. Diagnostic clinique: sarcome primitif du poulmon	Tenace Sanglante.
83	BRAMWELL, BYRON. — Solid intrathoracic tumor (<i>Clinical Studies</i> , 1903, I, 130).	H	57	G	Début 7 mois avant l'admission, dyspnée, toux, point de côté gauche, syphilis. Traitement par KI. avec amélioration. Ponction négative Le poulmon droit est réduit de moitié. Mort subite.	Brun sombre avec grosses cellules grasseuses.
84	BAUMANN et BAINBRIDGE. — Primary sarcoma of the lung (<i>Lancet</i> , Lond., 1903, I, 520).	F	3 ans 11 m.	G	Début six semaines avant l'entrée par toux et hémoptysie. Signes d'empyème gauche. Ponction: liquide sanglant, débris caséux Epaississement de la plèvre.	Hémoptysies.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Grosse tumeur dans le poumon droit, recouverte de la plèvre épaissie. Compression des poumons, en partie kystiques.	Pas.	Sarcome à cellules rondes typiques	6 ans.	
Grosse tumeur à noyaux diffusant dans le lobe inférieur gauche considérée à l'autopsie comme un cancer primitif.	Foie, cerveau, ganglions péricbronchiques.	Sarcome à petites cellules rondes et à travées conjonctives	8 mois.	
Liquide dans la plèvre droite. Cœur déplacé à gauche. Tumeur à gros noyaux occupant tout le poumon droit sauf l'extrémité. Hypertrophie du lobe droit thyroïdien	Ganglions bronchiques.	Sarcome à cellules rondes.	9 mois.	
Liquide sanglant dans la plèvre gauche. Presque tout le poumon gauche transformé en une masse dure vert sombre.	Pas de détails.	Pas de détails.		
Tumeur nouvelle s'étendant de la base du poumon aux bronches. Obstruction de la grosse bronche gauche. Bronchectasie du lobe inférieur. La crosse de l'aorte est entourée par la tumeur	Ganglions bronchiques.	Sarcome		
Le lobe supérieur du poumon gauche est remplacé par une tumeur.	Pas.	?	8 semaines	

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTORATION
85	ÉLKAN J.) — Ueber primäre Sarkome der Lunge im Anschluss an einem Fall von primärem Sarkom der linken Lunge (<i>Inaug. Diss.</i> , München, 1903).	H	37	G	Syphilitique. Diagnostic : Bronchite et myocardite. Le diagnostic de tumeur a été fait par la radiographie.	Sanglante pas de bacilles tuberculeux mais granulations
86	ROLLESTON et TREVOR. — Primary sarcoma of the lung (<i>Brit. M J.</i> , Lond., 14 février 1903).	F	43	D	Douleurs récidivantes dans le thorax droit. Symptômes d'empyème. Ponction, négative la première fois, plus tard, sang. La résection costale permet de constater une tumeur solide.	Pas de détails.
87	BJÖRNSTEN. — Ueber Lungen und Herzgeschwülste bei Kindern (En Suédois) (<i>Centralbl. f. path. Anat.</i> , 1904, XV, 543)	F	2	D	Pas d'histoire clinique.	Pas de détails.
88	WEBER. — Sarcome primitif à cellules rondes (<i>Lancet</i> , London 1904, In th. Chanard, p. 63, c'est WEBER (H.-W.). — A case of primary sarcoma of the Lung (<i>Lancet</i> , Lond 1906, p. 902).	H	29	G	Anémie, faiblesse pendant 3 mois Point de côté gauche. Signes de pleurésie. Douleur à l'épigastre Dyspnée intense, collapsus. Ponction : 500 gr. de liquide hémorragique. Matité persistante vers la 8 ^e côte Souffle tubaire au dessus. Foie gros, estomac dilaté, 2 ^e ponction : 1 litre 1/2 de liquide hémorragique. Cachexie. Reproduction rapide de l'épanchement. Mort.	Pas de détails.
89	ROTH (L.). Ueber primäres Lungen-Sarkom (<i>Inaug. Diss.</i> , München, 1904).	H	45	D	En décembre 1902, point de côté, toux s'aggravant. Syptôme de tuberculose à marche rapide. Ponction d'abcès. Déclin rapide, dyspnée intense, émaciation. Mort.	Sanglante quelques semaines avant la mort.
90	KOBLINSKY. — Ueber primäre Sarkome in der Lunge. (<i>Inaug. Diss.</i> , Grifswald, 1904).	F	20	G	Pas d'hérédité. Fièvre scarlatine il y a deux mois, et il y a 15 jours, brusquement, toux, point de côté Paralysie ascendante légère 6 jours avant l'admission, gagnant la vessie, l'intestin, jusqu'à la ligne mamillaire. Matité, obscurité dans presque tout le côté droit. Frottements pleurétiques, respiration bronchique antérieurement. Cœur déplacé à droite. Ponction exploratrice : liquide trouble, sanglant. Hématurie; matité due à une masse solide dans le poulmon.	Mucopurulente, pas de sang ni bacilles de Koch.
91	BENSAUDE. — (<i>Bull. Soc. anat. de Paris</i> , 1905) In thèse Chanard, p. 66).	H	26	les deux	Tousse depuis 1 an. Dyspnée, cyanose voix rauque. Adénopathies généralisées sans ramollissement ni périadénite. Adénopathie trachéo-bronchique. Paralysie de la corde vocale droite par compression du récurrent par les ganglions. Anémie. Mort. Diagnostic : adénopathies multiples chez un tuberculeux.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Sérosité sanguinolente dans la plèvre gauche. Grosse tumeur encapsulée, verdâtre dans le lobe supérieur gauche.	Noyaux dans la plèvre infiltration aux 2°, 3°, 4° côtes.	Sarcome médullaire à cellules fusiformes.	10 mois	
Tout le poumon droit à l'exception du sommet converti en une tumeur molle avec effusions hémorragiques.	Pas.	Sarcome à cellules fusiformes.		
Le poumon gauche entier est transformé en tumeur molle à noyaux. De gros vaisseaux du cœur sont entourés par la tumeur.	Poumon gauche péricarde et muscle cardiaque.	Sarcome à cellules rondes.		
1 litre 1/2 de liquide hémorragique dans la plèvre gauche. Grosse tumeur bosselée, rougeâtre occupant tout le poumon gauche sauf la partie toute supérieure.	?	Sarcome à cellules rondes.		
Poumon droit adhérent. Néoplasme gros comme le poing dans le lobe supérieur droit. Infiltration pneumonique du lobe inférieur et des bronches. La tumeur remplace presque partout le tissu pulmonaire.	Ganglions péri-bronchiques.	Sarcome à petites cellules rondes à gros noyaux et à petits corps protoplasmiques.		
Poumon gauche adhérent. Sérums limpide dans le péricarde. Tumeur solide de la grosseur d'une tête d'homme remplaçant presque tout le lobe inférieur gauche, envahissant la plèvre costale, pénétrant dans les muscles intercostaux, la partie inférieure du lobe supérieur, la colonne vertébrale et le canal de la 4° à la 6° vertèbre. Compression de la moelle.	Moelle.	Sarcome à cellules fusiformes.	Un peu plus d'un mois.	
Pas de bacillose aux sommets. Léger épanchement pleural gauche non hémorragique. A la base des deux poumons noyaux néoplasiques arrondis, limités, mais non énucléables. Abscès à bacilles de Koch du volume d'une noisette, dans le lobe gauche du foie. Ganglions sarcomateux.		Sarcome à cellules rondes.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
92	BROC. — Sarcomes du poumon. (<i>Bull. Soc. anat. de Paris</i> , 27 janvier 1903). In : thèse Chanard, p. 66.	F	67	G	Dyspnée. Matité et obscurité à gauche. Signes d'induration et de ramollissement disséminés à droite. Ponction à gauche : sang (quelques gouttes) et air. Mort : Diagnostic : tuberculose.	
93	ALFARO (G.) et SANTAS (M.). — Les sarcomes viscéraux chez les enfants. (<i>Archiv. des mal. des enfants</i> , 1903, VIII, 602-604). Thèse Chanard, p. 67.	F			Fièvre irrégulière.	
94	IOUGULEVITCH (E.). — Le sarcome primitif du poumon. Thèse Genève 1906, In Boschowitz, p. 251.	F		D	A l'agonie.	
95	PATER et RIVET. — Sur un cas de sarcome primitif du poumon. (<i>Arch. de méd. expér. et d'anat. path.</i> Paris, 1906, janvier, 85-201).	H	26	les deux	Toux et perte de poids. Adénopathies volumineuses généralisées. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Matité de la base gauche, râles humides. Paralyse de la corde vocale gauche ; anémie sans leucocytose, gros foie. Diagnostic : tuberculose.	Pas de détails.
96	ECKERSDORFF. — Zwei Fälle von primären Lungensarkom. (<i>Centralbl. f. path. Anat.</i> , Jena, 1906, XXVII, 355-362). In : thèse Chanard, p. 67.	H	30	G	Syphilis. Hémoptysies répétées, douleur à droite, matité à gauche avec souffle, dyspnée, anémie à la suite de coups évidents reçus entre les deux épaules. Mort.	Pas de détails.
97	Id. Th. Chanard, p. 68.	F	52	D	Asthme. Dysphagie, hémoptysie. Râle trachéal dans tout le poumon gauche. Mort.	Pas de détails.
98	SABBATTINI. — <i>Riv. di clin. pediat.</i> , janv. 1907).	H	9	G	En février 1906, toux, douleur dans les membres gauches, dyspnée paroxystique, dépérissement. Altération de la voix. En mars, matité, perte des vibrations, silence respiratoire, pas de râles. 600 gr. de liquide hémorragique dans la plèvre. Gonflement thoracique en haut et à gauche, augmentant de jour en jour. Ponction blanche. Aphonie, cyanose, dysphagie. Œdème de la paroi.	Nulle.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Symphyse pleurale bilatérale. Au poumon gauche, tissu blanc rosé.	Reins.	Sarcome à petites cellules rondes.		
Dans le lobe droit siège une tumeur blanchâtre et dure.		Sarcome à cellules fusiformes.		
Nombreux noyaux néoplasiques durs, bien limités, adhérents des deux côtés des lobes inférieurs au tissu pulmonaire. Gomme tuberculeuse ramollie dans le foie.	Ganglions médiastinaux mésentériques périphériques noyaux au hile du foie	Sarcome à grandes cellules rondes.	1 an.	
300 cc. de liquide hémorragique dans la plèvre gauche. Lobe supérieur gauche. OEdème, petite cicatrice, tumeur dure au niveau de la bronche principale presque obturée, peu après son entrée dans le poumon. Lobe inférieur : pneumonie, métastases ganglionnaires et péricardiques.	Péricarde. Ganglions.	Sarcome à petites cellules rondes.		
A la bifurcation trachéale, petite tumeur rose. Poumon gauche : bronchite des grosses bronches, nodules crétacés (lobe moyen). Poumon droit. Cicatrices au lobe moyen ; en avant, petite tumeur dure, fusionnée avec les ganglions du hile, traversée par les bronches. Un seul ganglion en arrière, les autres normaux. Splénomégalie.		Sarcome à petites cellules rondes.		
Sarcome énorme du poumon gauche. Plèvre épaissie.		Sarcome du poumon gauche.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTENT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
99	SPILLMANN et PARISOT. (<i>Revue Médicale de l'Est</i> , 1907).	H	43	G	Depuis 2 ans, fatigue, amaigrissement. Depuis 1 mois, douleurs vives à gauche, dyspnée, asthénie. Signes d'épanchement à gauche. Ponction : 450 gr. de liquide hémorragique. Plus tard, voussure énorme à gauche. Circulation collatérale. Enrouement sans signes laryngoscopiques. Ponction exploratrice : placards sarcomateux globocellulaires. Anémie légère et leucocytose. Battements du cœur perceptibles en arrière et à gauche. Radioscopie. Masse opaque dans les régions supérieures et moyennes du poumon gauche.	Pas de détails.
100	BERNOUILLI. (<i>Inaug. Diss.</i> , Munchen, 1908). In th. Chanard, p. 68.	F	51	D	Aucun symptôme.	Pas de détails.
101	DELORTE et GUIBAL. — Sarcome primitif du poumon. (<i>Arch. de méd. et pharm. mil.</i> , Paris, 1908, 286).	H	23	D	Dyspnée, douleur à la base gauche. Voussure à gauche. Tuberculose au 2 ^e degré, sommet droit. Matité et obscurité à gauche en arrière (souffle interscapulo-vertébral). Matité médiane en avant, empiétant surtout à gauche. Ponction négative. Mort en 2 mois.	
102	CURL (S. W.). — Primary sarcoma of the lung. (<i>Brit. M. J.</i> , Lond. 1908, I, 1408).	H	43	D	Début de l'affection en mars 1907 par un refroidissement. Oedème de la face, dyspnée. Entré à l'hôpital en mai 1907. Oedème de la face et du cou, cyanose. Matité, obscurité respiratoire à droite. Diagnostic de tumeur maligne probable du poumon droit.	Pas de sang.
103	EAMES. (<i>Brit. M. J.</i> , 1908, 27 juin, 1610).	H	32	G	Malade depuis 2 mois. Diagnostic : pleurésie.	Pas de détails.
104	ÖHRSTRÖM. (<i>Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. path. Anat.</i> , 1909, 1084).	H	33	D		

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Nodule cancéreux du volume d'une noix sur la 4 ^e côte et la partie droite du sternum. Plèvre gauche adhérente sauf au sommet. Partie inférieure du poumon gauche transformée en tumeur rosée à laquelle la plèvre forme une carapace de 2 à 3 cm. d'épaisseur.	Ganglions trachéo-bronchiques, foie et quelques os.	Sarcome à cellules rondes.		
Adhérences aux deux sommets. Base gauche hémorragique. Lobe supérieur droit. Tumeur comme une noix muscade.	Pas.	Sarcome à petites cellules rondes.		
Plastron blanc, mou par places, recouvrant cœur et poumons, envahissant le lobe moyen et inférieur du poumon droit (gros ganglions). Plèvre droite cancéreuse 200 gr.), liquide gélatineux. Poumon gauche refoulé granuleux. Un peu de liquide dans le péricarde.		Sarcome à cellules géantes nécrosé au centre.	2 mois.	
Le poumon droit est adhérent à la paroi thoracique et est occupé par une tumeur blanchâtre dure à foyers hémorragiques, s'étendant dans le médiastin érodant les côtes et les vertèbres des deux côtés et envahissant les ganglions à la bifurcation. La cavité pleurale gauche contenait du liquide séreux limpide et le poumon était œdématisé.	Noyaux dans les oreillettes et les ventricules, le péricarde et oblitération des vaisseaux à la base du cœur. Ganglions axillaires.	Sarcome à petites cellules rondes.	3 mois.	Ce cas n'a été signalé que par Boschowski, p. 231. Cependant l'auteur le considérait comme un record et n'en connaissait qu'un cas. (Langmead. <i>Reports of the Society of diseases of Children</i> , 1906, VI, 242-244. A specimen of primary sarcoma of the lung (enfant de 5 ans).
Le poumon gauche est envahi entièrement par la tumeur.	Ganglions.			
Le poumon droit est fortement augmenté de volume. Les lobes moyen et inférieur sont farcis de grosses tumeurs. Infiltration du péricarde et des glandes du hile à droite.	Péricarde, ganglions du hile. Plèvre droite.	Sarcome à cellules rondes		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTORATION
105	LEHNDORFF. — Primäres Lungensarkom in Kindesalter (<i>Wien. med. Wchnschr.</i> , 1909, n° 27, 31, 32).	F	3	G	Pas d'hérédité. Brusquement, toux, fièvre élevée depuis 2 mois, vomissements. Bronchoscopie négative, 10 mois après ponction dans le creux axillaire: liquide hémorragique, 2° ponction 11 jours après, sang, légère amélioration. A l'entrée, cyanose, thorax gauche plus volumineux que le droit; voussure légère en avant et à gauche. Matité Poumon droit normal. Les signes de compression s'aggravent: dyspnée intense, œdème, dilatation des veines. La radiographie indique une tumeur à contours convexes à la base et une érosion de la 6° côte. Ponction négative ne ramenant que des débris qui permirent de faire le diagnostic de sarcome. Mort dans le coma.	Pas de détails.
106	LUCIEN et PARISOT. -- Sarcome multinodulaire du foie secondaire à un sarcome primitif du poumon (<i>Revue méd de l'Est</i> , Nancy, 1909, n° 11, 363).	H	45	D	Alcoolique. Cirrhose du foie compliquée de broncho-pneumonie. Mort 4 jours après l'entrée à l'hôpital.	
107		H	54	G		
108	SEYDEL. — Sur l'opérabilité des tumeurs du poumon et de la plèvre (<i>München. med. Wchnschr.</i> , 1 ^{er} mars 1910, 452, 459. In. Thèse CHANARD, p. 76).	H	57	G		
109		F	51	D	Morte de septicémie après opération.	
110	DAUNIC, LOUBET et BOULARAN. — Sarcome primitif du poumon (<i>Toulouse méd.</i> , 15 déc. 1910, 411).	H	80	G	Quelques symptômes pulmonaires vagues. En quelques jours, dyspnée, angoisse, délire, signes d'épanchement pleural gauche. Mort en 8 jours.	

NOTES D'AUTOPSIE	METASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DUREE de l'évolution	REMARQUES
Le poumon gauche est envahi par un sarcome du lobe inférieur gauche qui comprime le poumon et déplace le cœur et le médiastin à droite. La tumeur, est encapsulée, dégénérescence et nécrose au centre. Erosion de la 6 ^e côte. Poumon droit normal, mais atelectasié par compression.	Aucune.	Sarcome à petites cellules rondes probablement congénital.	15 mois.	
Dans le lobe moyen droit nodule néoplasique du volume d'une grosse noix, et d'un second plus petit attendant au premier, développés entre les deux lobes moyen et supérieur entièrement fusionnés. Le foie est farci de petits nodules néoplasiques, de la grosseur d'un pois.	Foie.	Sarcome à petites cellules rondes.		
Tumeur du lobe supérieur gauche 30×16.	Pas.			
Grosse tumeur du lobe supérieur gauche ayant érodé 3 côtes.				
Sarcome à cellules rondes dans le lobe supérieur droit.		Sarcome à cellules rondes.		
1 litre 1/2 de liquide citrin séro-fibrineux dans la plèvre gauche. Nodosités très nombreuses (volume du grain de semoule à la noisette) fermes, blanc nacré, fixées aux plèvres viscérale et pariétale gauches, ainsi qu'à la surface du poumon, non détachables. Masses ganglionnaires néoplasiques autour de la trachée. Poumon collé et aplati dans la gouttière vertébrale sauf le lobe supérieur transformé en tumeur blanche, lardacée, ligneuse, du volume d'une tête de nouveau-né, avec, dans l'intérieur, des cavités renfermant du liquide puriforme. Elle est développée en plein tissu pulmonaire et entourée d'une coque de tissu pulmonaire sclérosé.	Pas.	Sarcome fuso-cellulaire.		

No	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTENTÉ	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
111	HALBRON et SÉZARY. — Sarcome primitif du poumon (<i>Bull. et mém. Soc. anat. de Paris</i> , 22 juillet 1910).	H	30	G	Points de côté 3 ans auparavant. A l'entrée à l'hôpital en 1908, dyspnée, voussure du thorax gauche, vibrations abolies. Matité hydrique totale à la partie postérieure avec skodisme sous- claviculaire à la partie antérieure. Respiration presque abolie, cœur dé- vié fortement. Ponction (500 gr.) de liquide sanguinolent. Cachexie. Matité sous-claviculaire. Le cœur bat à droite du sternum. Ponction (250 gr.) de li- quide sanglant. Plusieurs autres négat- ives. Radiographie : opacité complète du poumon gauche. Mort par asphy- xie.	
112	KRAUS. — Mikros- kopische Präparate von primärem sar- kom der Lunge, (soc méd. de Nuremberg München méd. Wehnschr., 1 ^{er} fév. 1910, 273).	F		D		
113	GUYOT. — Sarcome primitif du poumon (<i>Gaz. hebdomad. de méd. de Bordeaux</i> , 29 janv. et 24 sept. 1911). GUYOT et PARCEL- LIER. — Contribution à l'étude du traite- ment chirurgical des tumeurs primitives de la plèvre et du poumon (<i>Revue de Chir.</i> , Paris, 1912, XLV., 810-828).	H	35	D	Début, en 1909, par douleur thoraco- scapulaire droite, hémoptysies répé- tées, tuberculose pulmonaire avec abcès froid thoracique. Ponction négative. A l'entrée à l'hôpital, tumeur pectoro- axillaire droite du volume d'un gros poing, de consistance résineuse. Obs- curité respiratoire en arrière avec matité dans les fosses sus et sous- épineuses. Radioscopie. Biopsie sans résultat. Diagnostic. Tumeur du pou- mon droit à un stade assez avancé, en forme de bissac. Intervention le 20 octobre 1910. L'hémithorax droit est vidé, détergé. Cinq mois après, de nouveau hémoptysies. La radioscopie montre la récurrence intra-pulmonaire. Néoplasme énorme, perforant la paroi thoracique, refoulant l'omoplate, le bras, provoquant des douleurs atroces, de l'œdème et de la paralysie du membre supérieur droit.	Pas de bacilles de Koch.
114	VON KONTKOWSKI (B.). — Das primäre Lungen-sarkom. Inaug. Diss., Königs- berg, 1911).	H	43	G	Pleurésie 7 mois avant l'entrée à l'hôpital. Œdème des membres infé- rieurs du cou, des glandes sous-maxil- laires, sous-claviculaires, axillaires et inguinales. Obscurité respiratoire. Ascite. Foie gros ainsi que la rate. Diagnostic : Ponction : sang. Lympho- matose du cou et du médiastin. Mort 12 jours après.	Pas de détails.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Le poumon gauche est remplacé en grande partie par une tumeur volumineuse, exubérante, relouant en masse le cœur à droite, écrasant le poumon droit, et abaissant le foie qui est basculé. La tumeur mesure 16 cm. de diamètre et pèse 5 kil. adhère à la paroi thoracique par des tractus délimitant des logettes dont quelques-unes sont remplies de liquide sanglant, et est creusée en son centre d'une cavité bordée de tissu cérébriforme, compacte à sa périphérie. Les deux poumons sont anthracosiques. Le ventricule gauche s'est creusé dans la tumeur une sorte de dépression à surface lisse.	Pas.	Sarcome à cellules fusiformes.		
Pièces. provenant d'une vieille femme. Le poumon droit est remplacé par une tumeur adhérent fortement à la plèvre costale.	Pas	Sarcome		
		Sarcome fuso-cellulaire		
Poumon gauche : adhérences solides à la paroi thoracique Masse néoplasique compacte, blanchâtre, du lobe supérieur. Hépatisation du lobe droit inférieur.		Sarcome à cellules rondes.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
115	VILLEMIN. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs du poumon d'origine conjonctive (<i>Thèse</i> , Nancy, 1911-1912).	H	69	D	A l'entrée à l'hôpital en janvier 1911, dyspnée, douleurs thoraciques très vives. A droite, zone de matité absolue depuis la fosse sous-claviculaire jusqu'au dessus du mamelon et en arrière, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine de l'omoplate. Silence complet dans la zone mate, râles de congestion à la base droite. Dilatation des veines et jugulaires. A la radioscopie rien de net. Aggravation des symptômes. Mort dans le coma le 7 avril.	Striée de sang
116	BERGÉ (A.) et WEISSENHACH. — Sarcome primitif du poumon à petites cellules fusiformes, avec métastase hépatique. (<i>Bull. et mém. Soc. anat. de Paris</i> , 1912, 17 mai, p. 210).	H	64	G	Pleurésie gauche ayant débuté 4 mois avant l'entrée à l'hôpital. Matité jusqu'à mi-thorax, abolition des vibrations, souffle, pectoriloquie aphone, égophonie, toux. Ponction exploratrice : liquide clair, jaune ambré. Ponctions répétées. Foie gros, douloureux. Souffle systolique aortique. Aggravation des symptômes. Mort 21 jours après.	Mucopurulente.
117	BOSCHOWSKY (W.). — Ueber primäres Lungensarkom. (<i>Frankfurter Ztschr. f. Pathologie</i> , Wiesbaden, 1912, IX, 239-257. <i>Vrach. Gaz.</i> , St-Petersb., 1912, XIX, 880 ; 917 ; 985 ; 1039 ; 1087).	H	56	G	Depuis longtemps, toux, point de côté. Diagnostic : pleurésie. Matité et obscurité respiratoire à gauche. Asphyxie, insuffisance cardiaque.	Pas de détails.
118	STEVENS (A. A.). — Malignant disease of the lung with special reference to Sarcome. (<i>Med. a. Surg. Rep. Episc. Hosp. Philad.</i> 1913, I, 333-346. <i>Am. J. Med. Sc.</i> , Philad., 1912, CXLIV, 193-202).	H	24	D	4 mois avant l'entrée à l'hôpital, pleurésie. Œdème de la face, du cou, du thorax droit, plus large de 4 cm. que le gauche au niveau des mamelons et aplati. Aucun bruit respiratoire à droite. La matité cardiaque s'étend dans le 5 ^e espace intercostal à environ 5 cm. à gauche de la ligne claviculaire médiane. Mort subite 5 jours après l'entrée.	Mucus.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
500 gr. de liquide citrin dans la plèvre gauche. Congestion et œdème du poumon gauche. A droite, infiltration cancéreuse des côtés supérieur et moyen. Bloc grisâtre à certains endroits, rougeâtre, ailleurs. Tissu friable, analogue à la substance cérébrale avec de nombreux îlots de grains blanchâtres, dus au remplissage des alvéoles pulmonaires par les cellules sarcomateuses. Le ramollissement de la masse sarcomateuse a produit un magma dont l'élimination a laissé des cavernes à parois déchiquetées, pleines de pus.	Médiastin et aisselle gauche.			
Épanchement pleural droit. Le poumon est œdématisé et adhère à la paroi dans l'angle costo-vertébral. Le poumon gauche est infiltré de sérosité œdémateuse dans son lobe supérieur ; le lobe inférieur est transformé en une masse dense, irrégulière, entourant les grosses bronches. Les petites bronches dilatées forment des poches remplies de pus. Le tissu pulmonaire densifié est parcouru de tractus fibreux venant de la plèvre épaissie ; par places, vastes foyers purulents. Le néoplasme envahit les ganglions du hile. Sclérose aortique.	Foie.	Le tissu néoplasique est formé par des amas de petites cellules fusiformes à noyaux ovoïdes fortement colorés et à protoplasme très peu abondant, tassées dans les alvéoles pulmonaires dont elles envahissent les parois et les cavités, remplaçant l'épithélium, surtout dans les parois des bronches. Néoplasme très peu vascularisé. Même constitution dans les noyaux secondaires du foie.		
Grosse tumeur dans la cavité pleurale gauche. Déplacement du cœur à droite. Fortes adhérences pleurales. Le poumon gauche est rempli par une tumeur dure, encapsulée, pesant environ 1 kilo.		Sarcome à cellules fusiformes.		
Cœur déplacé à gauche. Le poumon droit gros et dur pèse 2500 gr. et est infiltré presque en entier, sauf une petite partie du lobe inférieur, par une tumeur dure, grisâtre, à noyaux de la grosseur d'un pois.	Aucune.	Sarcome à cellules fusiformes.	4 mois.	

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTEINT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
119	Id	H	34	G	7 mois avant l'entrée, douleur sous-claviculaire gauche, toux Diagnostic : tuberculose. A l'admission, cachexie. Aplatissement de l'hémithorax gauche déprimé et immobile. Obscurité respiratoire et matité du poumon gauche. Trois ponctions sans résultat. Diagnostic : sarcome intrathoracique.	Striée de sang. Hémoptysies. Cellules rondes ou ovales de sarcome.
120	IBOTSON (E. C. B.). — Primary sarcoma of the lung. (<i>Lancet</i> , Lond. 1914, I, 1037-1038).	H		D	En mai 1913, diagnostic de tumeur maligne du poumon droit, confirmé en juillet à l'hôpital par l'examen radioscopique. En décembre, matité absolue à droite, hémoptysies, ganglions au cou. Œdème de la face et du cou, voussure du thorax droit. Mort en mars 1914.	
121	MASSINI (R.). Lungensarkom. (<i>Deutsche med Wchnschr.</i> Leipz 1916, 1372).				Tumeur du poumon présentée à la Société de Médecine de Bâle, reconnue comme sarcome après excision, avec paralysie des membres inférieurs et troubles de la sensibilité (érosion des 3 ^e vertèbres dorsales), et paralysie du sympathique et du récurrent.	
122	PARKINSON (J. P.). — Case of primary sarcoma of lung, with specimens. (<i>Proceedings Roy. Soc. of Med.</i> , London, 1917-18, XI, 19-22).	H	5	G	Enfant admis à l'hôpital le 20 octobre 1917, mort le 14 décembre. Venait d'être opéré de hernie inguinale. Orthopnée, dyspnée. Matité de l'hémithorax gauche, cœur déplacé à droite. Petite tumeur sur la 2 ^e côte, immobile et élastique. Ponction : sang. Toux paroxystique, matité s'étendant à droite.	
123	HAMPELN (P.). Zur symptomatologie und Diagnose der primären Lungentumoren. (<i>Mittell. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir.</i> Jena, 1918-1919, XXXI, 675).	H	54	G	Hémoptysies Paralysie du récurrent, matité à gauche. Mort en 2 mois.	
124	GLASS (E.). — Gemischtzelliges Lungensarkom mit zahlreichen Riesenzellen. (<i>Deutsche med. Wchnschr.</i> , Leipzig, 1920, 1421).	F	51	G	Points de côté à gauche depuis avril 1920. Ponction : liquide séro-sanguinolent. Matité. A l'entrée à l'hôpital le 24/9 1920. Matité et obscurité respiratoire. Cœur repoussé à droite. Une ponction séro-sanguinolente permet de faire le diagnostic de tumeur. Mort le 3/10 1920.	
125	CARISI (G.). — Un caso di linfosarcoma primitivo del polmone destro. (<i>Riforma med.</i> Napoli, 1920, 1124-1125).	H	21	D	Soldat d'infanterie entré à l'hôpital militaire le 2 janvier pour empyème et mort le 27. Œdème diffus de la paroi thoracique plus accentué à droite. Frémissement tactile, silence respiratoire, souffles bronchiques à droite. Veines dilatées ; léger déplacement du cœur à gauche. Ponction négative. Diagnostic : néoplasme du poumon droit.	Purulente.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Congestion et œdème du poumon droit. Dans le poumon gauche, nombreux noyaux variant du volume d'un pois à celui d'un œuf.	Capsules surrénales.	Sarcome du type alvéolaire.		
		Sarcome à grosses cellules rondes.	10 mois.	D'après Osler, la durée ordinaire du sarcome du poumon serait de 6 à 8 mois, d'où l'auteur conclut que son cas, rare, est unique par la lenteur du développement de la tumeur.
Dans le poumon gauche, tumeur molle, adhérente à la paroi thoracique, au diaphragme et au péricarde, comprimant le poumon droit.		Sarcome à petites cellules rondes.		Cas identique à celui de Langmead présenté à la « Society for the study of disease of Children », en 1906.
		Sarcome du lobe supérieur gauche alvéolaire à cellules fusiformes.		
Tumeur énorme infiltrant le poumon gauche.		Sarcome à cellules géantes en nombre extraordinaire.		
Plèvre droite épaissie. Le lobe inférieur et l'interlobe sont envahis par une masse d'aspect néoplasique, du volume d'une tête de fœtus, grisâtre, marbrée de larges taches gris rougeâtre. Rien au poumon gauche.	Pas	Lymphosarcome à cellules rondes.		

N°	AUTEUR	SEXE	AGE	POUMON ATTENTÉ	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
126	GEORGE (A. V. St.). — A case of sarcoma of the lung. (<i>Proceedings of the New-York path. Soc.</i> , New-York, 1920, XX, 48-54).	H	52	G	Entré à l'hôpital le 9 décembre 1919. Mort le 26. Poumon gauche : matité gauche s'étendant à l'aisselle à la hauteur de la seconde côte et à la ligne axillaire jusqu'au 5° espace intercostal. Frémissement à ce niveau. Déplacement du cœur à droite. A l'examen radiographique, diagnostic de tumeur du poumon.	
127	ALLOT (P.). — Sur la forme bronchopulmonaire des sarcomes primitifs du poumon. (<i>Thèse Paris</i> , 1920-21, n° 118. Obs. personnelle).	H	43	G	Alcoolique. Bronchite en mai 1920. Entré à la Pitié le 30 septembre. Matité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire à la base gauche avec souffle assez rude au tiers supérieur du poumon. Au sommet droit quelques râles sous-crépitaux. Ponction négative. Diagnostic : tuberculose.	Peu abondante, muqueuse, gommeuse, avec quelques parcelles purulentes. Pas de bacilles de Koch.
128	SILBERBERG (M.). — Primäres Lungensarkom. (<i>Frankfurter Ztschr. f. Pathologie</i> , Wiesbaden, 1922, XXVIII, 335-339).	H	45	G	Diagnostic : tuberculose, et aux rayons X : tumeur du médiastin ou lymphosarcome. Ponction : lymphocytes.	Visqueuse, sans bacilles de Koch.
129	SOLLY (R. V.). — Sarcoma of the lung. (<i>Devon et Exeter med. Chir. Soc.</i> , 20 nov. 1924. <i>Brit M. J.</i> Lond., 1924, II, 1118).	H	40	G	Diagnostic fait pendant la vie. Matité de tout le poumon, absence de bruits respiratoires, frémissement au toucher, résonnance. Aspiration négative. Déplacement du cœur à droite et voussure à gauche.	Pas de détails.
130	CAUSSADE (G.), SURMONT (J. et LACAPÈRE (J.). — Sur un cancer du poumon gauche ayant envahi et perforé la paroi cardiaque (<i>Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris</i> , 31 juillet 1925, p. 1243).	F	69	G	Dyspnée. Asystolie. A séjourné à l'hôpital 15 jours seulement. Radiographie. A la partie moyenne du thorax gauche, cavité de la dimension d'une grosse orange contenant du liquide, zone opaque de la base gauche. Ombre du sommet droit. Syndrome d'asystolie aiguë à évolution rapide.	Gelée grisâtre, stries sanglantes, nombreux microbes, mais sans bacilles de Koch.

NOTES D'AUTOPSIE	MÉTASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Le poumon gauche pèse 2285 grammes. Le lobe inférieur est rempli par une tumeur dure comme une pierre, blanchâtre et comprimant le lobe supérieur. Oblitération des petites bronches. Noyaux durs, de la grosseur d'un pois, dans le poumon droit.	Reins, poumon droit	Sarcome à cellules rondes à structure alvéolaire, comme dans les cas d'Adami, Mac Donnell et autres.		
Tumeur à tissu lardacé, blanc rosé occupant le poumon gauche dont les 2/3 inférieurs sont transformés en tissu aréolaire constitué par les bronches dilatées et remplies de liquide purulent, si bien que le poumon ressemble à une éponge imprégnée de pus.	Cœur.	Sarcome fusocellulaire.	6 mois.	
Pleurésie gauche. Tout le poumon gauche est infiltré de noyaux blanchâtres gros comme des lentilles.	Glandes lymphatiques sous-claviculaires, glandes thyroïdes gauches, poumon droit, rein, foie, capsules surrénales.	Lymphosarcome.		
Tumeur envahissant presque tout le poumon gauche, oblitérant la cavité pleurale et fortement adhérente aux côtes et à la colonne vertébrale.	Pas de détails.	Sarcome à cellules rondes.		
Poumon droit : placards d'anthracose. Pneumonie ardoisée au sommet entourée d'une vaste zone d'œdème. Poumon gauche adhérent en totalité. A la partie moyenne de la face antérieure, dépression ovale de la dimension d'une orange, à parois constituées du côté externe par un tissu mou, à noyaux blanchâtres néoplasiques, et du côté du cœur par la face ventriculaire elle-même, sur laquelle fait saillie une masse néoplasique grosse comme une petite mandarine, à prolongements jusqu'à la partie supérieure de l'oreillette gauche, adhérente à la bronche du même côté oblitérée par la tumeur qui empiète légèrement sur la région hilare gauche.	Pas.	Lésions pulmonaires à topographie diffuse, à point de départ en apparence alvéolaire. Amas épithéliaux issus d'une prolifération fortement atypique ou dédifférenciée du revêtement broncho-pulmonaire et principalement de l'alvéole. Alvéoles ovoïdes ou sphériques, de taille très variable, remplis de petits éléments à noyau rond ou ovoïde, à cytoplasme fibrillaire souvent syncytial, disposition souvent décrite comme celle du sarcome pulmonaire à petites cellules.		

N°	AUTEUR	SEXE	ÂGE	POUMON ATTENT	SYMPTOMES CLINIQUES	EXPECTO- RATION
131	PRÉVOST. — Sarcome du poumon, droit et de la plèvre, pleurésie hémorragique, plusieurs thoracentèses, expectoration albumineuse (non hémorragique); développement d'un cancer au niveau des piqures (<i>Comptes rendus et mém. Soc. de Biol.</i> , 1875, Paris 1876, 173-181).	H	44	D	Diagnostic à l'entrée à l'hôpital : dyspepsie alcoolique Toux, dyspnée. Thoracentèses répétées : sang. Matité. Pas de respiration à droite. Dyspnée. Thorax déformé et bombé du côté droit qui forme une vaste voussure. Cœur fortement repoussé à gauche. Mort 5 mois après l'entrée.	Liquide séreux, jaunâtre ressemblant à du blanc d'œuf.

BIBLIOGRAPHIE

Les observations suivantes n'ont pas pu être résumées pour figurer dans ces tableaux faute d'avoir pu se procurer ces périodiques.

UMEHARA (S.). — [A case of primary sarcoma of the lungs in connection with tuberculosis]. *Chiugai Iji Shinpo*, Tokio, 1904, XXV, 1310-1321.

CURTIN (R. G.). — A study of primary cancer and sarcoma of the lung. *Trans. Am. Climat. Ass., Phila.*, 1912, XXVIII, 321-329.

JAMIESON (S. C.), MACKENZIE (H. D. N.) et CLELAND (J. B.). — A case of myxo-sarcoma of the lung involving the heart. *Australas. M. Gaz*, Sydney, 1914, XXXV, 44.

DOMINGUEZ (M.). Sarcoma primitivo del pulmon. *Archivos de la Soc. estud. clin. de la Habana*, 1914, XXI, 130-136.

MALDEIS (H. J.). — Tumors of the lungs; a case of sarcoma with report on necropsy. *Hosp. Bull. Univ. Maryland. Balt.*, 1914-15, X, 37-39.

NOTES D'AUTOPSIE	METASTASES	EXAMEN HISTOLOGIQUE	DURÉE de l'évolution	REMARQUES
Poumon gauche volumi- neux et emphysémateux, noyaux durs. Poumon droit appliqué contre la colonne vertébrale, est revenu sur lui-même. 2cm. d'épaisseur; sous la plèvre qui lui adhère on trouve de nom- breux noyaux blanchâtres, atteignant le volume d'une noix. Fausses membranes très épaisses.	Pas.	« L'examen mis- croscopique a été pratiqué par M. d'Espine. Il dé- montre que les tumeurs du pou- mon ainsi qu'une tumeur dévelop- pée au niveau d'une des ponc- tions sont des sar- comes à cellules rondes et fusi- formes » (p. 174).	5 mois environ.	Cas considéré par Adler comme dou- teux et sans examen microscopique, ce qui est inexact, et incon- nu des autres au- teurs.

KUNKEL (O. F.) et TORREY (E.). — Report of a case of primary melanotic sarcoma of lung presenting difficulties in differentiating from tuberculosis. *N. York State J. M.*, N. York, 1916, XVI, 498 201.

NAVARRO (J. C.) et GARRAHAN (J. P.). — Sarcoma de pulmon en el niño. *Prensa méd. Argentina*, Buenos-Aires, 1916-17, III, 78.

TAYLOR (H. L.) et CAINE (C. E.). — Sarcoma of the lung, report of a case. *Minnesota Méd.*, St-Paul, 1918, I, 141.

PACKARD (M.). — Primary malignant neoplasms of the lungs and pleura. *New-York State J. M.*, N -York, 1918, XVIII, 472-478.

SAND. — Case of sarcoma of the lung. *Méd. J. S. Africa*, Johannesburg, 1918-19, XIV, 278.

MAUTNER (H.). — Fall von Lungensarkom. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1919, XXXII, 929 : *Wien med. Wchnschr.*, 1919, LXIX, 1804.

JERMAIN (L. F.). — Case of primary sarcoma of the lung. *Wisconsin M. J.*, Milwaukee, 1921-22, XX, 82.

ROSSI (B.) et VIGEVANI (G.). — Sarcoma del polmone destro operato. *Atti. d. Soc. lomb. de sc. méd. e Biol.*, Milano, 1922, XI, 122 131.

SARTORATI (F.). — Su di un caso di sarcoma primitivo del polmone. *Tumori*, Roma, 1923-24, IX, 413-421, 2 pl.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome primitif du poumon est une tumeur extrêmement rare, à symptomatologie fort mal délimitée, dont le diagnostic est à peu près impossible sauf dans le cas où l'on peut mettre en évidence, dans les crachats ou dans le liquide pleural, des cellules néoplasiques.

II. — La forme histologique la plus courante est la forme fuso-cellulaire fasciculée.

III. — Une forme clinique de sarcome primitif du poumon, rare, mais particulièrement intéressante par l'erreur de diagnostic qu'elle peut entraîner, est la forme asystolique.

IV. — On distinguera deux cas dans cette forme, suivant que les phénomènes asystoliques sont dus à de simples troubles de compression, ou bien qu'ils sont dus à une généralisation cardiaque du néoplasme. Cette

dernière éventualité est très exceptionnelle, puisque nous n'en pouvons citer que trois cas. Les deux processus sont d'ailleurs impossibles à différencier cliniquement.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
MARCEL LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE.

1925. SAINT-AMAND (CHER) — IMP. A. CLERC.
